

Masteroppgave

”Familiehjelpa” er et ledd i kommunens forebyggende arbeid:

”Hvordan fungerer tiltaket fra samarbeidspartnerens ståsted?”

av

Jana Johanna Johnsen

Sammendrag

Tema for denne oppgaven er forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid med stor vekt på brukermedvirkning i en kommunal kontekst. Oppgaven er basert på en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ undersøkelse.

Informantene er ansatte i fem aktuelle tjenester i Stange kommune som jobber primært med barn og småbarnsfamilier.

Formålet med undersøkelsen er å finne svar på hvilke erfaringer samarbeidspartnerne til ”Familiehjelpa” har gjort med dette lavterskeltilbudet som har vært et ett-årig pilotprosjekt.

Problemstillingen for oppgaven er todelt.

Den første delen av problemstillingen dreier seg om hvordan ”Familiehjelpa” kan forstås som et ledd i kommunens forebyggende arbeid.

Den andre delen har fokus på om hvordan dette tiltaket fungerer fra samarbeidspartnerens ståsted.

Hensikten med denne studien er en lokal evalueringen av prosjektet ”Familiehjelpa”.

I kapitlene 2 og 3, som er teorikapitlene, beskriver jeg rammebetingelser for kommunens forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid med økt vekt på brukermedvirkning. I beskrivelsen framstår begrep som ”forebygging”, ”tverrfaglighet” og ”brukermedvirkning” som sentrale.

Forebyggende tverrfaglig samarbeidsmodell ”Familiehjelpa” presenteres.

Samarbeidsmodellen ”Familiehjelpa” er et viktig verktøy i kommunens forebyggingsideologi, som baserer seg på å gi utsatte barn og deres familier ”rett hjelp til rett tid”.

I kapittel 4 belyses det metodiske valget som er foretatt for denne undersøkelsen.

I kapitlene 5 og 6 presenteres data som analyseres, behandles, kommenteres og drøftes i henhold til problemstillingen som ble reist.

Avslutningsvis i kapittel 7 kommer det en oppsummering hvor jeg trekker noen konklusjoner og avrunder oppgaven.

Funnene som har kommet fram i denne undersøkelsen peker på at det er høy vektlegging av forebygging og tverrfaglig samarbeid i Stange kommune. ”Familiehjelpa” har synliggjort for kommunen muligheter for å fungere ressursutløsende ved rask hjelp og muligheter for bedre samordning av tjenester overfor brukere.

Samarbeidspartnerne til ”Familiehjelpa” påpeker at det tar tid å etablere en tverrfaglig plattform, skaffe kunnskap om hvordan samarbeidet skal fungere, samt å finne praktiske løsninger i arbeidet.

Samarbeidspartnerne har forventninger på at ”Familiehjelpa” også skal være tilgjengelig for barn i skolealder og at kommunikasjonen mellom de samarbeidende instansene og ”Familiehjelpa” blir bedre, slik at terskelen skal være lav ikke bare på brukernivå, men også mellom systemene.

Brukermedvirkning vektlegges i stor grad i form av et åpent samarbeid slik at brukere skal bli møtt som aktive deltagere i sitt liv, bli sett, hørt og tatt på alvor av hjelpeapparatet.

Forord

Forebyggende arbeid med barn og unge i kommunen har lenge vært et viktig tema for meg. Gjennom mitt arbeid i barnevernet møtte jeg mange barn og familier som hadde det vanskelig og hadde behov for rask hjelp. Da jeg ble kjent med pilotprosjektet ”Familiehjelpa”, virket det så inspirerende og interessant at jeg fikk lyst til å lære mer om prosjektet.

Skriveprosessen har vært lang, men også lærerik. Hvis jeg skulle starte med å skrive denne oppgaven nå, hadde jeg visst mer om hvordan jeg fort skulle komme i gang uten å finne på alle fluktmuligheter fra skrivinga. Gradvis kom jeg i gang. Skulle jeg ha startet med oppgaven nå, ville jeg visst hvordan jeg skulle unngå blindgater i litteratursøk og følge gode arbeidsrutiner. Etter mange måneders arbeid kan jeg si at det er en god følelse å bli ferdig med oppgaven.

Jeg har vært heldig og har hatt mange flotte mennesker rundt meg, som har hjulpet i arbeidet med denne oppgaven.

Jeg ønsker å takke min arbeidsgiver for tilrettelegging av arbeidstid, slik at dette prosjektet kunne bli gjennomført.

Videre vil jeg takke alle informanter som har stilt opp og svart på spørsmål i spørreundersøkelsen. Uten tilbakemeldinger fra dere, hadde denne oppgaven ikke blitt til.

En stor takk til mine veiledere, Halvor Fauske og Rolf Rønning, for gode råd og tilbakemeldinger gjennom arbeidet med oppgaven.

Min sønn, som kom til verden i løpet av den tiden jeg har jobbet med oppgaven, takkes også. Han har vært utrolig snill og tålmodig med mammaen sin.

En stor takk til min mor som har stilt opp som barnevakt.

Til slutt vil jeg takke Marit Johnsen for grundig korrekturlesing og konkrete tilbakemeldinger på et produkt som snart er ferdig.

Brumunddal, oktober 2012

Jana Johanna Johnsen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Forord	4
Innholdsfortegnelse	5
1. Innledning.....	8
1.1. Bakgrunn for valg av tema	8
1.2. Formålet med oppgaven.....	9
1.3. Problemstilling	10
1.4. Avgrensninger.....	10
2. Teori	12
2.1. Innledning	12
2.2. Kommunens forebyggende arbeid til barnets beste	12
2.2.1. Forebyggingsbegrepet.....	13
2.2.2. Ulike nivåer for forebygging	14
2.2.3. Problemer og paradokser i forebyggende arbeid	18
2.2.4 Tidlig intervensjon i en kommunal kontekst	21
2.3 Tverrfaglighetens utspring og nødvendighet	23
2.3.1 Forutsetninger for tverrfaglig samarbeid	26
2.3.2 Utfordringer ved tverrfaglig samarbeid	28
2.3.3 Samarbeid på forskjellige nivåer	32
2.4 Brukermedvirkning	35
2.4.1 Medvirkningens omfang	37

2.4.2	Medvirkningens utfordringer	38
2.4.3	En reell brukermedvirkning eller et alibi for eksisterende praksis?.....	40
2.4.4	Hva betyr brukermedvirkning for Stange kommune?.....	43
2.5	Oppsummering.....	43
3	”Familiehjelpe”	45
3.1	Innledning	45
3.2	Helhetlig modell – ”Familiehjelpe”	46
3.3	Forankring og organisering.....	47
3.4	Verdier og visjoner for ”Familiehjelpe” arbeid.....	48
3.5	Spredning og implementering.....	49
3.6	Metoder i arbeidet	49
3.6.1	Lavterskeltilbud	50
3.6.2	Brukermedvirkning	50
3.6.3	Individuell plan og personlig koordinator.....	51
3.6.4	Nettverksmøte.....	51
3.7	Erfaringer og oppdagelser som ble gjort underveis	52
3.8	Hvilken hjelp som hjelper?	53
3.9	Oppsummering.....	55
4	Metode.....	57
4.1	Innledning	57
4.2	Forskningsmetode	58
4.3	Utvalg.....	58
4.3.1	Utvalg for spørreundersøkelse	59
4.3.2	Utvalg for intervjuundersøkelse.....	59
4.4	Innsamling av data	60
4.4.1	Spørreundersøkelse og svarprosent.....	60
4.4.2	Utvikling av intervjuguide/spørsmål og gjennomføring av intervju.....	62

4.5	Bearbeiding av resultatene	63
4.6	Forskningsetiske overveielser	63
4.7	Min rolle som forsker.....	64
4.8	Validitet og reliabilitet	65
4.9	Generalisering	66
4.10	Oppsummering.....	66
5	Presentasjon av innhentede data.....	68
5.1	Innledning	68
5.2	Samarbeidspartnerne til ”Familiehjelpa” som deltok i undersøkelsen.....	68
5.3	Behov for forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid i kommunen	72
5.4	”Familiehjelpa”, som er et lavterskeltilbud, kan bidra til at hjelpen kommer inn tidlig og det blir enklere for brukere å henvende seg til hjelpeapparatet.....	77
5.5	Kjennskap og informasjon om lavterskeltilbudet	83
5.6	Fordeler og ulemper med ”Familiehjelpa”	86
5.7	Brukermedvirkning	95
6	Drøfting	100
6.1	Behov for forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid i kommunen	100
6.2	”Familiehjelpa” er ”en dør inn” i det offentlige hjelpeapparatet	102
6.3	Kjennskap, informasjon og benyttelse av tilbudet	104
6.4	Intensjoner, forventninger og utfordringer med ”Familiehjelpa”	105
6.5	Samarbeidspartnerne reflekser om brukermedvirkning	107
7	Avslutning	110
8	Litteraturliste	114
9	Vedlegg	118

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

I de siste årene har det blitt en stor enighet om å satse på forebyggende tiltak på tidligst mulig stadium i barnets liv, før de alvorlige problemene utvikler seg. Dette er begrunnet ut fra dagens kunnskapsrevolusjon innen sped- og småbarnsforskningen.

Nyere forskning har dokumentert at belastninger tidlig i livet, i fosterliv og tidlig barndom, kan føre til sykdom og helseplager som påvirker resten av menneskets liv.

Anna Luise Kirkengen (2009) skriver i sin bok "Hvordan krenkede barn blir syke voksne" om hvordan krenkelser i barndom og oppvekst setter spor i kropp og sjel og medfører stor risiko for somatisk og/eller psykisk sykdom og helseplager i voksen alder.

Alle barn i Norge blir født og vokser opp i en kommune. Kommunene har et overordnet ansvar for å sørge for at barn og unge skal få optimale oppvekstvilkår og utviklingsmuligheter. Det er en stor utfordring for de kommunale tjenestene som ivaretar barn, å identifisere tidlig tegn på mistrivsel, utviklingsavvik og antisosial atferd og å bidra til tidlig iverksetting av tiltak. Jo tidligere barn i risikozonen oppdages og tiltakene iverksettes, jo større sjanser er det for at de klarer seg bra videre i livet.

Gjennom samhandlingsreformen, som gjelder fra 01.01.2012 (St.meld. nr.47,2008-2009 og Innst.212 S; 2009- 2010), vil regjeringen sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som svarer til pasientens behov for koordinerte tjenester. I meldingen legger regjeringen vekt på å gi kommunene et tydelig og mer helhetlig ansvar for forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Kommunen og førstelinjetjenestene er viktige innsatsområder både for forebygging og tidlig hjelp for barn og unge (Straand 2011).

Kommunene skal satse sterkere på helsefremmende og forebyggende arbeid som skal redusere risikofaktorer og fremme faktorer som kan føre til barnas trivsel og bedre

livskvalitet. Det stilles krav om at alle kommuner skal ha et lett tilgjengelig og dekkende tilbud om foreldreveiledning av fagpersoner med nødvendig kompetanse. I St.prp. nr.1 (2006-2007) ble det poengtert at kommunene må bygge opp lavterskeltilbud som tilbyr utredning, behandling og oppfølging av barn og unge og deres familier (NOU 2009:22).

Erfaringene viser at det er nødvendig å samarbeide på tvers av profesjoner og etater for å sikre gode oppvekstvilkår for barn og unge. Derfor rettes det mye oppmerksomhet mot en bedre samhandling og informasjonsutveksling mellom tjenester som ivaretar barn. Et bedre tverrfaglig samarbeid med stor vekt på brukermedvirkning, er nøkkelen til at samarbeidet skal lykkes og tiltakene skal iverksettes tidlig.

Som ansatt i barneverntjenesten i Stange kommune, har jeg sett utfordringer som hjelpeapparatet har foran seg med å gi en rask, helhetlig og koordinert hjelp til utsatte barn og deres familier. Hjelpeapparatet består av mange dører og det kan være tungt for brukere å forholde seg til ulike instanser.

Derfor vekket prosjektet ”Familiehjelpa”, som er et nytt lavterskeltilbud for utsatte førskolebarn og deres familier i Stange kommune, stor nysgjerrighet i meg som et forskningsprosjekt. Jeg finner det interessant å se nærmere på hvordan den tverrfaglige samarbeidsmodellen oppleves av samarbeidspartnerne.

1.2. Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å belyse tema forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid med stor vekt på brukermedvirkning i en kommunal kontekst. Oppgaven har nytteverdi ikke bare for meg som forsker, men for Stange kommune som skal implementere prosjektet ”Familiehjelpa” i en tverrfaglig samarbeidsmodell som skal benyttes videre i kommunen.

Intensjonen med denne studien er å få fram samarbeidspartnerne erfaringer med tiltaket. Akkurat deres vurderinger og erfaringer er sentrale når det gjelder en justering med tanke på forbedring av tiltaket.

Forhåpentligvis kan denne oppgaven bidra til at kunnskapen gjøres tilgjengelig for myndigheter og personell som jobber med barn og småbarnsfamilier ut i fra et forebyggende perspektiv.

1.3. Problemstilling

Problemstillingen i min oppgave er rettet mot et lavterskeltilbud ”Familiehjelpa”, som er tverrfaglig sammensatt og forebyggende. Tilbudet har en målsetting å gi en rask hjelp ved samordning av tjenester for utsatte barn og unge i Stange kommune. Problemstillingen er følgende:

Hvordan kan ”Familiehjelpa”, en samordning av tjenester for utsatte barn og unge, forstås som et ledd i kommunes forebyggende arbeid?

Hvordan fungerer tiltaket fra samarbeidspartnerens ståsted?

Første delen av problemstillingen omhandler forståelsen av forebyggende arbeid i kommunen, samt ”Familiehjelpa” som er et forebyggende tiltak i Stange kommune. I denne delen presenteres det teori som fra mitt synspunkt er relevant. Andre delen omhandler samarbeidspartnerens erfaringer med tiltaket. Her behandler jeg data som ble innhentet fra spørreundersøkelse blant fem aktuelle tjenester i Stange kommune.

Fokuset i oppgaven rettes mot forholdet mellom hvordan ”Familiehjelpa” presenteres som et forebyggende tiltak i Stange kommune og de erfaringene som samarbeidspartnerne har gjort med tilbudet.

1.4. Avgrensninger

For å belyse tema og problemstilling kunne man velge forskjellige tilnærminger å forske på. Derfor er det nødvendig å foreta flere valg og avgrensninger. Jeg valgte å rette fokus på

erfaringer som samarbeidspartnerne til ”Familiehjelpa” har gjort i løpet av første året tilbudet har vært i drift.

Det hadde også vært interessant å gjennomføre en studie for å se nærmere på ulike aktørers erfaringer med dette tilbudet. Med dette mener jeg en undersøkelse av brukernes og deltagernes erfaringer med dette prosjektet. Både brukere og deltagere i ”Familiehjelpa” kunne gi tilbakemeldinger på hvordan de opplevde samarbeidet i dette pilotprosjektet.

På det tidspunktet da jeg meldte min interesse i forhold til dette prosjektet, hadde prosjektleder en klar plan for hvordan prosjektet skulle evalueres. Evalueringen ble delt opp i tre deler: en brukerundersøkelse, en medarbeiderundersøkelse og en undersøkelse blant samarbeidspartnerne. Evaluering av de første to delene har vært bestilt av Høyskolen i Buskerud. Derfor falt valget mitt naturlig på siste delen av evalueringen.

Som jeg har understreket tidligere, har studien ikke ambisjoner i å evaluere hele tiltaket, men heller belyse kjennskap og erfaringer med tiltaket.

2. Teori

2.1. Innledning

Som barnevernsarbeider har jeg lenge vært opptatt av forebyggende perspektiv og hvordan barnevernet kan komme med hjelp før alvorlige problemer oppstår og utvikles. Å sikre best mulige oppvekstsvilkår og utviklingsmuligheter for barn og unge krever innsats fra mange tjenester og virksomheter i kommunen. Forebyggende arbeid, tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning er stikkord som peker seg ut for å styrke de helhetlige perspektivene når det gjelder oppvekstsvilkår for barn og unge.

Jeg vil derfor i denne delen av oppgaven rette søkelyset mot kommunens forebyggende arbeid, tverrfaglig samarbeid med stor vekt på brukermedvirkning. Først kommer jeg til å redegjøre for begrepet forebygging, nivåer for forebygging og problemer i forebyggende arbeid.

Videre vil jeg også se på tidligere erfaringer og forskning vedrørende tverrfaglig samarbeid, forutsetninger og utfordringer knyttet til tverrfaglig samarbeid.

Til slutt vil brukermedvirkning bli presentert som en viktig arbeidsform og hva en reel brukermedvirkning innebærer.

2.2. Kommunens forebyggende arbeid til barnets beste

Den enkelte kommune har ansvar for det generelle forebyggende arbeidet. En rekke lovbestemmelser øver direkte eller indirekte innflytelse på forebyggende og helsefremmende arbeid. Kommunale tjenester som jobber med barn har stort antall lover, rundskriv, veiledere og handlingsplaner å rette seg etter. Kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, helsepersonell-loven, barnevernloven, barnehageloven og opplæringsloven er noe av lovverket som gir føringer i forholdt til tjenestene (www.forebygging.no).

I løpet av de siste 10 årene har det vært mange satsningsområder fra statlig hold, som krever et samarbeid om felles oppgaver på tvers av etater til beste for barn og ungdom. Store

program som Forebygging av vold og mobbing i skolen, Utviklingsprogrammet for barnehagene, Foreldreveiledningsprogrammet og Aksjonsprogrammet Barn og Helse er eksempler på noen program som kunne vært sett i sammenheng (NOVA 2002).

Forebygging handler om hjelp til barn og unge for å mestre skolegang, vennskap, fritid og familieliv. Dette skjer ved tiltak som fanger opp utsatte grupper på et så tidlig stadium som mulig og følge dem opp så lenge de er i risikozonen. Dette handler om foreldreopplæring og rådgivning på helsestasjonen, barns opplæring i sosial kompetanse i barnehage og skole, individuelt tilrettelagt undervisning og alternative opplæringstiltak i skolen og tilrettelagt fritids- og aktiviseringstiltak i nærmiljøet (Klefbeck og Ogden 2003 i Gjertsen 2007).

2.2.1. Forebyggingsbegrepet

Mikkelsen (2005) definerer begrepet forebygging følgende: ”Begrepet ble opprinnelig utviklet innen helsesektoren og brukt i forbindelse med hygienearbeid og begrensning av smitekilder og sykdom. Innen det velferdspolitiske feltet retter forebygging seg mot forhindring av sosiale problemer. En hyppig bruk av inndeling går mellom hhv. primær, sekundær og tertiær forebygging (Caplan 1964). Denne begrepsmessige tredeling – som stammer fra forebyggende psykiatri – er definert ut fra hvilken fase i en problemutviklingsprosess innsatsen settes inn i og i hvilken grad det er mulig å identifisere målgrupper og problem”.

Forebyggende arbeid handler om å jobbe målrettet for å redusere risikofaktorer og fremme beskyttelsesfaktorer. Begrepet forebygging har generelt en positivt ladet betegnelse for forsøk på å begrense en uønsket utvikling. Forebygging kan betegnes i tråd med ordtaket: ”Det er bedre å være føre var, enn etter snar”.

Kommunene er pålagt å utføre forebyggende arbeid. Barnevernet har et spesielt ansvar for å avdekke og forebygge omsorgsvikt, atferdsproblemer, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås. Kommunene har stor frihet i hvordan det generelle forebyggende arbeidet skal organiseres. Ofte gjennomføres forebyggende arbeid som kortvarige kampanjer eller prosjekter (Gjertsen 2007).

Gjertsen (2007) skriver at forebyggende arbeid bør i langt større grad enn tidligere være helhetlig og omfattende og ikke bare innrettet mot et problemområde.

Det brukes forskjellige begrep knyttet til forebygging. I barnevernet har en ofte sonndret mellom *generell* og *individuell* forebygging eller med utgangspunkt i en medisinsk tradisjon gjerne benyttet begrepene *primær*, *sekundær* og *tertiær* forebygging. Dette har vært definert som henholdsvis å hindre at problemer eller skader oppstår, forhindre utvikling eller utbredelse av problemtilstander hos identifiserte risikogrupper og å motvirke videre følger av manifesterte problemer (www.regjering.no).

Et annet begrepsknippe er en *individuell*, *situasjonell* og *sosial* forebyggingsstrategi (Carlson, 1999 i Iversen, 2002).

- En individuell forebyggingsstrategi søker å identifisere biologiske og psykososiale ”skader” eller svakheter hos individer som innebærer økt risiko for utvikling av problemer og iverksette instanser i forhold til disse.
- En situasjonell forebyggingsstrategi sikter mot å identifisere situasjoner hvor problemet oppstår og gripe inn eller forhindre at dette aktuelle problemet oppstår. Eksempler på dette vil være politi i gatene, natteravn, belysning, videoovervåkning.
- En sosial forebyggingsstrategi rettet mot å identifisere faktorer som kan påvirke utvikling av problematferd og forhindre disse. Eksempler kan være rusmisbruk, vold, mobbing og kriminalitet eller andre typer av problematferd (www.forebygging.no).

2.2.2. Ulike nivåer for forebygging

Gjertsen (2007) definerer i sin bok ”Forebyggende barnevern” begrepene primær, sekundær og terciærforebygging følgende: *primærforebyggende* tiltak skal nå ut til alle barn og unge og miljøet deres; *sekundærforebyggende* innsats rettes mot utsatte grupper; *terciærforebyggende* tiltak kan kalles hjelpetiltak etter lov om barneverntjenester som er rettet mot barn med spesielle behov (Gjertsen 2007:21).

Gjertsen (2007) viser til Killen (2000) og Davo (1999) som bruker andre begreper for å beskrive nivåer for forebygging:

- *Universell* (primær) forebygging skal hindre at problemer oppstår. Denne type forebygging er rettet mot hele befolkningsgrupper ved helsefremmende tiltak.
- *Selektiv* (sekundær) forebygging har som mål å identifisere risikofaktorer tidlig og hindre at identifiserte problemer utvikler seg videre. Den rettes mot grupper med spesielle behov.
- *Indikert* (tertiær) forebygging er det samme som behandling. Det er ikke alltid lett å trekke klare skiller mellom selektiv og indikert forebyggende arbeid. Når man jobber med et problem som hører til selektiv forebygging, kan det avdekkes behov for indikert forebygging eller behandling.

Kommunen skal utføre forebyggende arbeid på alle nivåer. Videre i min framstilling av ”Familiehjelpa” skal jeg si noe mer om det sekundære forebyggende arbeidet.

For å se nærmere på hva som er styrker og svakheter med disse begrepene, vil jeg peke på eksempler av forebyggende tiltak på forskjellige nivåer.

Eksempler på et primærforebyggende (universell forebygging) arbeid kan være avgrensede tiltaksprogrammer for eksempel på skolearena. ”Vær røykfri”, ”Olweus mobbeprogram” og ”Ungdom og alkohol” er kjente tiltaksprogrammer i Norge.

På den ene siden er disse tiltaksprogrammene avgrenset og kan gjennomføres på en arena som for eksempel skolearena og er rettet mot alle elever uavhengig av eventuelle problemer.

På den andre siden vil denne type forebyggende arbeid være tids- og ressursbesparende og søker mot mer generelt arbeid for gode oppvekstsvilkår og livsbetingelser.

Med universell eller primærforebygging kan vi ikke identifisere de utsatte grupper som har behov for hjelp. Resultatene av dette forebyggingsarbeidet vil være vanskelig å måle. Dette

arbeidet kan ikke gi en slags garanti på at problemet hos de enkelte individer ikke utvikles likevel.

Ved slike programmer vil mulighet til å fange opp problemutvikling være begrenset. Hvordan kan vi evaluere denne type forebyggingsarbeid? Er resultatene av denne type tiltak målbare? Det er vanskelig å gi et entydig svar på slike spørsmål.

Andre eksempler på primærforebyggende tiltak er lokalsamfunnsprosjekter, trivselsfremmende tiltak, informasjons- og holdningskampanjer. Eksempler på dette vil bl.a. være foreldrekurs, lavterskeltilbud, ungdomsklubb, åpen barnehage og barselgruppe.

Disse eksemplene illustrerer at det primærforebyggende arbeidet har sin generelle virkning på befolkningen i form av helsefremmende arbeid og trivsel. Vi kan også se at det er forskjellige virksomheter som har ansvar for gjennomføring av det forebyggende arbeidet eller det skjer på forskjellige arenaer.

Eksempler på sekundærforebyggende (selektiv forebygging) arbeid vil være utekontakter, oppsøkende arbeid blant barn og ungdom med høy risiko for å utvikle problemer, ungdomshus, oppfølging av rusmisbrukere, samtalegrupper for barn, alternativ opplæring og hjelpetiltak iverksatt i barneverntjenesten (råd og veiledning, støttekontakt, avlastningsfamilie).

Styrken med sekundærforebyggende arbeid er at tiltakene retter seg mot et identifisert problem hos de enkelte individer. Resultater av arbeidet kan følges opp og evalueres fortløpende. Evalueringen av tiltaket er viktig for å se om tiltaket hadde en virkning eller det burde eventuelt iverksettes andre hjelpetiltak som kan bedre personens situasjon. Svakheter med sekundærforebyggende arbeid er at det er mer tids- og ressurskrevende. Arbeidet er kun rettet mot begrensede grupper av befolkningen.

Gjertsen (2007) understreker at det er vanskelig å trekke noe skarpt skille mellom ulike nivåer for forebygging. Grensene mellom forebygging og hjelp blir heller ikke klart avgrenset.

Eksempler på tertiærforebyggende tiltak vil være institusjonsopphold for atferdsvanskelig ungdom, rehabilitering av rusmisbrukere i behandlingsinstitusjon, barne-/ungdoms- og voksenpsykiatriske behandlingsopplegg.

Andre eksempler er ansvarsgrupper og individuell plan. Styrken med arbeidet på dette nivået vil være den samme som med sekundærforebyggende arbeid. Dersom problemet ble oppdaget vil individet få hjelp eller behandling. Svakheter med tertiærforebyggende tiltak er at de er resurskrevende og langvarige tiltak. Det trengs en målrettet innsats fra omgivelsene slik at personen mestrer problemsituasjonen.

Det vil også være viktig å klargjøre forskjellene mellom de ulike typologiene.

Schanke (2005) viser til Stafseng (1978) og Helland (1998) som klargjør et skille mellom forebyggende tiltak etter:

- Hvilket tidspunkt i en problemutvikling tiltaket settes inn.
- Om tiltaket er rettet mot spesifikke eller generelle målgrupper.
- Om tiltaket er rettet mot enkelte individer (individnivå), mot grupper av individer med personlige relasjoner til hverandre (gruppenivå) eller tiltaket settes inn mot hele befolkningen (samfunnsnivå) (www.forebygging.no).

I dette kapittelet har jeg gått gjennom begrepet forebygging og til slutt vil jeg understreke at forebygging ikke er noe nytt. Hvis man tenker noen år tilbake, så har man hatt ”forebyggingsbølger” før som har vært på toppen, men med tiden har flatet ut. Interessen for forebyggende arbeid har vært økende de siste årene. Akkurat nå er oppmerksomheten rundt forebygging forårsaket av Samhandlingsreformen (St. meld. 47 (2008-2009)). Forebygging er vektlagt sterkt i meldingen, og reformen kommer til å berøre mange (Rønning 2011).

Videre i min framstilling vil jeg påpeke noen problemområder knyttet til forebyggende arbeid.

2.2.3. Problemer og paradokser i forebyggende arbeid

I denne delen vil jeg ta opp aktuelle problemer og paradokser i forebyggende arbeid.

Hensikten med dette er å gi en innsikt i noen av utfordringene og dilemmaene som er knyttet til forebyggende arbeid.

Selv om mange er veldig positive til forebygging, viser erfaringene at forebygging ofte blir nedprioritert. Rønning (2011) skriver i kronikken ”Forebygging er interessekamp” om flere grunner til det:

1) Praktiske: Det er ikke tid eller personell til å drive forebyggende arbeid. Klientene og lovpålagte oppgaver må prioriteres.

2) Økonomiske: Det koster både å planlegge og å gjennomføre tiltak.

3) Manglende virkemidler: Man kan ikke styre alle enkeltindividets atferd direkte, når det gjelder livsstil. Man kan vedta røykelover og skattelegge sukker, men enkeltindividet kan velge både å røyke, drikke cola og la være å trimme.

4) Manglende kunnskap: For å handle, enten det er å vedta lover eller sette i gang informasjonskampanjer eller andre tiltak, bør vi ha forholdsvis sterk kunnskap om årsakssammenhengene. Eksempelvis er det påvist en statistisk sammenheng mellom nattarbeid og overhyppighet av kreft, men det er langt igjen før man kan snakke om en årsakssammenheng. Det kan være også mange andre mulige faktorer som også kan spille inn.

5) Manglende mulighet: Det er ikke alltid mulig å handle i samsvar med det vi vet: for eksempel trenger helsevesenet nattarbeidere, uansett om slikt arbeid har uheldige konsekvenser.

Rønning (1983) påpeker at målet med forebyggende arbeid er å skape et ideelt samfunn som ikke produserer helsemessige og sosiale problemer, men ofte er disse målsettingene i strid med hverandre.

Mikkelsen (2005) skriver: ”Mange forebyggingsprogram er kontroversielle. De mangler effekt, eller virker mot sin hensikt, ved at de griper uheldig inn i spenningsfeltet mellom

hensynet til individets frihet på den ene siden og kollektive hensyn på den andre. Folk flest nikker gjerne til den ene nasjonale målsettingen om reduksjon av alkoholforbruket, samtidig som de betakker seg, eller blir provosert hvis det blir stilt spørsmål ved deres private alkoholvaner”.

Et annet forebyggingsparadoks som Mikkelsen (2005) viser til, beskrives i NOU 1991:10, er at forebygging av sykdom er mest effektivt ved tiltak som får majoriteten i en befolkningsgruppe til å redusere sin risikoatferd, ikke ved tiltak mot et mindretall som har høy risiko. Rusmidler er årsak til samfunnsproblemer: ulykker, vold og mishandling. Antallet som utvikler problemer er betydelig større enn antallet i risikogruppen. Noe som tyder på at forebyggingstiltak bør organiseres som strategier som for eksempel forsøk på å redusere totalkonsumet av alkohol.

Rønning (1983) konkluderer med at forebygging dreier seg om politikk og interessekamp. Han skriver at å drive forebyggende sosialt arbeid blir derfor på en måte å drive interessekamp for sosiale verdier i konflikt med andre interesser og verdier.

Han hevder ”selv om vi har empiriske dokumentasjoner på at noe kan ha helseskadelige virkninger, så skal det avveies mot andre ønskede mål”. For eksempel hevder han at farmasøytisk industri og legene bidrar til at bruk av antidepressiva, blodtrykksdempende og kolesterolsenkende medisiner har økt dramatisk. Store kampanjer for vaksiner mot vanlig influensa, fugleinfluensa, svineinfluensa har spredd seg med en sterk anbefaling blant befolkningen. Pillebruk ”for sikkerhets skyld” kan for noen være positivt, men for andre kan det ha alvorlige helsemessige konsekvenser.

Forebygging berører sentrale verdier, og det er ikke så vanskelig å finne eksempler på at det ene politikk- eller innsatsområdet ”slår det andre i hjel”(Mikkelsen 2005). Han viser til eksempel i Dagens Næringsliv fra den 10.5.99 som er paradoksal: Bondevikregjeringen – som har vedtatt en historisk ambisiøs politisk målsetting om å redusere alkoholforbruket i befolkningen med 25%, har investert deler av Statens petroleumsfond i aksjer i blant annet alkohol, spill og tobakk.

Forebygging i seg selv kan oppfattes som en form for paternalisme når ekspertene vet bedre og legger føringer på hva som er ”det gode liv” for andre.

Forebyggingskampanjer kan bidra til utdefinering av grupper, kan krenke og virke sosialt stemplende. Overvektige vet at det er lurt å bli slankere, røykere vet at røyking er skadelig for helsa. Helsesøstrene som gjør sitt forebyggingsarbeid ved å spre bedre helseinfo til befolkningen er pliktige til å si til de overvektige skoleelevene at de må slanke seg, spise sunt og bedrive fysisk aktivitet.

Kanskje stigmatiseres folk unødig og gjøres til tapere? Vi må ikke glemme at det ofte er økonomiske årsaker ligger til grunn for at folk ikke trener og spiser usunt.

For å gå tilbake til Caplans klassiske typologi kan man si kort at primærforebygging som omfatter generelle tiltak kan virke som et uoppnåelig ideal. Et av problemene er å få generelle tiltak til å nå ut til de mest utsatte.

Rønning (1983) påpeker at primærforebygging som dreier seg om å angripe problemet så tidlig som mulig lett kommer i konflikt med andre grunnleggende verdier og interesser i samfunnet.

Sekundærforebygging som er rettet mot utsatte identifiserte grupper gir muligheten til å målrette innsatsen, men samtidig er det usikkert hvor stor andel av risikogruppen som kommer til å utvikle virkelige problemer. Mikkelsen (2005) skriver at et annet problemområde ved innsats på sekundærnivået, er å forhindre ”bjørnetjenester” - at tiltaket bidrar til en mer varig utdefinering og stempling av risiko-gruppen.

Tertiærforebygging brukes om tiltak rettet mot identifiserte, ofte tungt belastende grupper. Forebygging på dette nivå i sin natur utdefinerer grupper, og derved står i fare for å virke sosialt stemplende.

Avslutningsvis vil jeg understreke at forebyggende arbeid kan være godt for mange, men godt forebyggende arbeid krever forståelse av både muligheter og begrensninger.

Forebyggingsoptimismen kan smitte, men er politisk betinget. Som Mikkelsen (2005) sier når vi beveger oss fra ide til konkret handling, står problemene og paradoksene i kø.

2.2.4 Tidlig intervensjon i en kommunal kontekst

Folk bor og lever sitt liv i en kommune, og der ligger forholdene best til rette for forebyggende tiltak og tidlig intervensjon. Lokalmiljøet er rammen rundt familielivet og kvaliteten på de institusjonelle strukturer påvirker familiens livsførsel og barnets utviklingsbetingelser (Söderström 2011).

Tidlig intervensjon er å identifisere og håndtere et problem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir redusert med begrenset innsats (Bäklund 2009 i Söderström 2011).

Den tidlige foreldre- barn- relasjonen har stor betydning for barnets trivsel, utvikling og framtidige psykososiale helse. Etter hvert blir barnet ivaretatt av andre sosiale arenaer som barnehage, skole og fritidsaktiviteter utenom familien.

Söderström (2011) påpeker at barnets utviklingsbane ikke kan forstås uten i nær sammenheng med den omsorgsgivende konteksten. Derfor blir foreldrenes omsorgskompetanse, familielivet og familiens rammevilkår avgjørende innsatsområder for tidlig intervensjon og forebyggende arbeid.

Söderström (2011) understreker at den kommunale delen av den offentlige helse- og omsorgskjeden består av mange tjenester og profesjoner. Helt fra barnet ble født og gjennom barnets første tre leveår har de fleste foreldre og barn i Norge kontakt med fastlege, jordmortjeneste, helsestasjon, barnehage og tannhelsetjeneste.

For familier eller barn med spesielle behov, føyes flere ledd i kjeden: barneverntjeneste, NAV med arbeidskontor og sosialkontor, pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste og habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Spesielle behov innebærer ofte et samarbeid med spesialisthelsetjenesten: pediatri, psykiatri og rusbehandling.

Noen kommuner har kommunepsykologstillinger, og det er for tiden en politisk satsing på kommunale psykososiale lavterskeltjenester for barnefamilier (Söderström 2011:168).

De ulike tjenester som er nevnt ovenfor, har hver sin faglige tradisjon og bemannes delvis av ulike profesjoner med hver sine lovverk, faglige teorier, ideologier og sitt eget fagspråk. De som har behov for hjelp kan ofte oppleve at en gitt situasjon blir atskilt i ulike problemer som håndteres ved ulike ”bord”. Söderström (2011) påpeker at det ofte er brukere med kompliserte bistandsbehov som faller mellom flere stoler eller forblir uløste ved at den ene tjenesten antar at den andre tar hånd om problemet.

Et viktig utgangspunkt for å kunne gi et helhetlig og samordnet tilbud er at ansatte i de ulike tjenester har kjennskap til hverandres tjenester, kompetanse og tilbud. Slik kunnskap kan også gjøre terskelen for å ta kontakt med andre tjenester lavere og følgelig ha positiv effekt i forhold til tidlig intervensjon.

For de profesjonelle blir multiproblemfamiliene en krevende samarbeids- og samordningsoppgave. Söderström (2011) sier at et godt koordinert tverrfaglig og tverretattlig samarbeid er et ideal som styrer løpende praksis, men altfor ofte strander reell tverrfaglighet av praktiske og holdningsmessige årsaker.

Det kreves av den offentlige helse- og omsorgskjeden at den skal henge sammen på bakgrunn for Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), samhandlingsreformen, under mottoet ” Rett behandling – på rett sted – til rett tid”(Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Samhandlingsreformens ambisjon er at folk skal treffe et tiltaksapparat som henger godt sammen, og som klarer å møte selv komplekse problemer og behov på en tilfredsstillende måte (Söderström 2011).

Söderström (2011) påpeker at dagens spedbarn er neste generasjons foreldre. Tidlig forebyggende innsats er en viktig investering som kan gi høy avkastning i form av god omsorg til neste generasjon.

2.3 Tverrfaglighetens utspring og nødvendighet

Samfunnets utvikling og krav peker på at det er et sterkt behov for å styrke de helhetlige perspektivene når det gjelder oppvekstvilkår for barn og ungdom. Tverrfaglig samarbeid med økt vekt på ressursorientering, brukermedvirkning og styrking av det psykososiale forebyggingsarbeidet er stikkord for de arbeidsområdene som peker seg ut (Glavin og Erdal 2004:21).

En felles innsats er nødvendig for å oppnå best mulig resultat. Av denne grunn og for at brukeren skal oppleve tjenestetilbudet som helhetlig samordnet, er det viktig at de ulike tjenester kommuniserer og samarbeider.

Glavin og Erdal (2004) understreker at tverrfaglig samarbeid ikke er et mål i seg selv, men et middel eller en metode for å nå de målene som vi har i arbeidet med barn og unge i kommunene.

Gjertsen (2007) hevder at det brukes flere begrep i tilknytning til tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Begrepet samarbeid brukes i mange sammenhenger. Han sier at begrepene *samordning*, *samarbeid* og *samhandling* ofte blir brukt om hverandre. Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid blir i mange sammenhenger erstattet med tverrfaglig eller *tverretatlig samordning*. *Samordning* blir helst brukt om organisatorisk samarbeid. I motsetning til samarbeid som skjer som en frivillig felles innsats fra mange parter, blir samordning sett på som tvungen koordinering som en tredje part står for (Gjertsen 2007).

Med tverrfaglig samarbeid menes at det er samarbeid mellom ulike etater som tilhører forskjellige systemer og hvor deltagere har ulik bakgrunn (Gjertsen 2007). Det kan være for eksempel samarbeid mellom ansatte i barnehage eller skole, barnevernet, helsevesenet etc.

Tverrfaglig samarbeid mellom forskjellige profesjoner kan forstås slik at hver profesjon har et område som er dens kjernekompetanse. Gjertsen (2007) påpeker at det er viktig at hver profesjon blir anerkjent og verdsatt for sin kjernekompetanse. Han sier at profesjonene har et område hvor det er overlappende kompetanse mellom dem. Barnevernspedagogen og sosiallæreren har for eksempel samme forståelse og kunnskap på en del områder. Når dette er tilfellet, blir det viktig å fordele ansvaret mellom dem. Dessuten er det et område hvor det er

felles kompetanse mellom flere profesjoner. Dette kan skje ved utvikling av felles kunnskaps- og verdigrunnlag som omfatter språk, kunnskaper og verdier som vi kan kalle felles kompetanse. Avklaring av hva som er kjernekompetanse, overlappende kompetanse og felles kompetanse, kan være med på å øke muligheten for godt tverrfaglig samarbeid som dekker barns behov (Gjertsen 2007).

Peter Hjort (2004) problematiserer i sin forelesning om tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning, hva tverrfaglighet har felles med andre former for faglighet. Han sier at faglig arbeid deles i tre hovedformer: enfaglig, flerfaglig og tverrfaglig.

Han definerer *enfaglighet* som et arbeid gjort av en person med ståsted i en faglig utdanning og tradisjon, for eksempel medisinsk, sosialfaglig eller juridisk.

Med *flerfaglighet* mener han et samvirke av flere slike enfaglige arbeidsinnstanter som har ansvar for sin deloppgave, for eksempel slik det ofte skjer i bygging av hus eller i drift av sykehusavdelinger.

Tverrfaglighet, understreker han, er et krav om at man i tillegg til sitt eget fagområde må ta ansvar for å samhandle med de andre som skal bidra slik at sluttresultatet blir tilfredsstillende. Slik som Nils Arne Eggen (1999) sier i sin bok "Godfoten: samhandling – veien til suksess" at samhandling handler om å være god selv og gjøre de andre bedre.

Hjort (2004) påpeker at all faglighet forutsetter vilje til samspill og selv innlysende når man arbeider tverrfaglig.

I boka "Tverrfaglig samarbeid" sier Kirsti og Per Lauvås (1994) at: "I et moderne samfunn er tverrfaglighet en nødvendighet". Vi kan stille oss spørsmål hvorfor er det slik? Hvorfor er tverrfaglighet noe vi må dyktiggjøre oss på? I vårt samfunn er kunnskaper så spesialisert at det kan være vanskelig å vurdere helhet og sammenheng (Glavin og Erdal 2007:33).

Hjort (2004) skriver følgende: "For det første spesialiseres fagene stadig mer og i et økende tempo. Spesialiseringen er å likne med det å trenge stadig dypere ned i et kremmerhus – noe som medfører at den enkelte person vet stadig mer om stadig mindre. Mellom spesialistene

oppstår det et tomrom som kan utfylles av tverrfagligheten. Tverrfaglighetens oppgave er å utfylle spesialistene”.

For det andre, understreker han, at et fag skiller seg fra et annet ved forskjellige synspunkter og forskjellige metoder til å undersøke virkeligheten. Derfor kan forskjellige fagpersoner foreslå ulike løsninger på ett og samme problem. Han hevder at fagene etterlater oss med et problem: mangelen på et helhetssyn på mennesket. Hvis vi skal se og møte mennesket og dets behov, vil tverrfaglige perspektiver, metoder og organisasjonsformer hjelpe oss med det (Hjort 2004).

Tverrfaglighet handler ikke om at alle profesjoner bør bli like, men om å bruke felles kompetanse til barnets beste (Glavin og Erdal 2007). Ulike perspektiver og tilnærminger er nødvendig for å gi barn og familier best mulig hjelp til rett tid (Tveiten 1996 i Glavin og Erdal 2007).

Glavin og Erdal (2007) skriver videre at samkjøring av kunnskap og koordinering av informasjon i tverrfaglige møter kan gjøre det lettere å fatte beslutninger og iverksette de riktige tiltakene raskere.

For å sikre barn riktig hjelp tidlig er foreldrene de viktigste samarbeidspartnerne for dem som arbeider med barn og unge i kommunene. Tverrfaglig samarbeid vil gi muligheter til å sette inn tiltak på et tidlig tidspunkt og vurdere effekten fortløpende (Glavin og Erdal 2007).

Glavin og Erdal understreker at tverrfaglig eller tverretattlig samarbeid kan bidra til å bygge opp kompetanse og øke kunnskapsnivået hos de ulike yrkesutøverne.

En konsekvens av nye måter å tenke velferdspolitikken på, er at tjenestenes brukere er blitt mer framtrædende. Barnet og familien må regnes med i det tverrfaglige samarbeidet som viktige ressurser og som eksperter på sin situasjon. Brukere skal ikke lenger være passive mottakere av tjenester som er utført av profesjonelle som er eksperter på brukernes behov. Hjort (2004) påpeker at brukervedvirkning er blitt et sentralt begrep i all offentlig tjenesteproduksjon.

2.3.1 Forutsetninger for tverrfaglig samarbeid

Hva skal til for at samarbeid skal fungere godt? Jacobsen (2007) viser til Lauvås og Lauvås (1994) som setter spørsmålstegn ved utdanningsinstitusjonenes ansvar for å kvalifisere fagfolk til å kunne arbeide tverrfaglig. Spørsmålet er om man er ferdig kvalifisert til samarbeid gjennom grunnutdanningene.

I livslangt læringsperspektiv er svaret klart ”nei”. All samarbeidskompetanse må utvikles og vedlikeholdes. Jacobsen (2007) understreker at veiledning kan være en god læringsmetode for bevisstgjøring og utvikling av egen samarbeidskompetanse. Hun skriver følgende: ”*Å hvile i den andres kompetanse har noen så flott uttrykt det som kan stå som postulat for den følelsen et godt samarbeid kan gi. Det å oppleve at en sammen med andre kan gi barn og familier riktig hjelp til riktig tid, er en tilfredsstillelse. Et godt samarbeid er betinget av respekt og tillit til andres kompetanse, innsikt i egen kompetanse og sine egne begrensninger*”.

Veiledning er med på å sette fokus på en selv som profesjonell yrkesutøver, som samarbeidspartner og dermed som bidragsyter i løsning av samfunnsoppgaven (Jacobsen 2007).

Jacobsen (2007) påpeker at i en tverrfaglig profesjonsgruppe finner en mye definisjonsmakt. Det er en fare for at eksperter snakker seg til felles forståelse. Det betyr at klientens egen forståelse ikke blir påaktet. Når eksperter snakker seg til enighet, er det fare for at klienten har forsvunnet i de tverrfaglige aktørenes bevissthet.

I motsatt fall kan det betraktes som en dårlig fungerende gruppe hvis enighet er det som dominerer i gruppen. Jacobsen viser til Tom Andersen (2006) som påpeker at det er følelsen og erkjennelsen av ubehag som bidrar til forandringer (Jacobsen i Gjertsen 2007).

Ejrnæs (2006:219) hevder: ”Det er behov for utvikling af en ny organisationskultur i det tverrfaglige forum. Det må ikke længere anses for at være et ubetinget gode, at det er enighet i det faglige og tverfaglige samarbejde. Det er viktig å skabe et forum, hvor man tør vedgå sin usikkerhed, og hvor det er legitimt at være uenig. Det er viktig, at alle oppfatter det som verdifult at identifisere de spørgsmål, der er uenighed om. Opfattelsen af, at det er vigtigt at

være enige, må afløses af en værdsættelse af uenighed. Det er nemlig først og fremmest de sager, der er uenighet om, der bør diskuteres i det tverrfaglige samarbejde”.

Finn Hesselberg (2011) skriver at det er mange måter hjelpeapparat kan organiseres og sikres styring på. Men å finne en hensiktsmessig balanse mellom tilgjengelighet for brukere, nærmiljøkunnskap og tjenlige fagmiljøer på den ene siden og gjennomføring av en god dialog mellom de politiske, administrative og faglige instansene på den andre siden krever et meget godt samarbeid.

Han understreker at godt tverrfaglig samarbeid forutsetter gjensidig tillit og at samarbeidspartnere er til å stole på. En felles målsetting for arbeidet er en viktig forutsetning. Forutsetningene for tverrfaglig samarbeid er svært sammensatte. Hesselberg (2011) påpeker at det må tas hensyn til både til organisatoriske, mellommenneskelige og individuelle forhold.

Han hevder at en del forhold er spesielt viktige organisatoriske forutsetninger for en samhandling:

- Klare og realistiske mål.
- Klart definert roller.
- En sterk ledelse.
- Styring på tvers av tjenester.
- Gode systemer for deling av informasjon.

Motsatt blir samarbeidet hemmet av svak ledelse, mangel på formaliserte retningslinjer, uklare roller og uklar ansvarsfordeling (NOU 2009:22, s.54,62).

Det er ingen tvil at tverrfaglig samarbeid er viktig når det gjelder komplekse spørsmål og det trengs kompetanse fra forskjellige fagområder. Viktige forutsetninger for at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere godt er at samarbeidende parter er villige til et samspill med andre, arbeider mot et fellesmål og har tillit og respekt til andres kompetanse.

2.3.2 utfordringer ved tverrfaglig samarbeid

Hjort (2004) finner tre utfordringer med tverrfaglig samarbeid. Det er *verdier*, *ledelse* og *samhandling*.

Tverrfaglige grupper stiller store krav til fellesskap i *verdier*. Verdiene utgjør kjernen i tverrfaglighet (Hjort 2004). Utgangspunktet er den helhetlige tilnærmingen som ser mennesket som et hele, som et subjekt, ikke objekt, som en deltaker, ikke tilskuer. Det vil si at verdimeessig er tverrfaglighet en menneskesentrert virksomhet. Hjort (2004) understreker at å jobbe tverrfaglig betyr å møte verden med et åpent og søkende sinn. Tverrfaglige grupper trenger en løpende verdidebatt der de er åpne om verdivalg og tålmodige og tolerante overfor andres (Hjort 2004).

Ledelse i vår vestlige, europeiske kultur i følge Hjort (2004) er ofte forbundet med makt og status og kanskje en viss autoritær, pågående stil, mens tverrfaglige grupper trenger en annen form for ledelse, basert på likhet, dialog og konsensus.

Likebehandlingen i det tverrfaglige teamet omfatter ikke bare personene, men også fagene. Tverrfagligheten betrakter fagene som likeverdige, men ikke alltid i alle situasjoner som like viktige.

Samhandling i det tverrfaglige teamet kan forstås som å strekke seg utover de vanlige kravene til samarbeid. Det dreier seg om at man i tillegg gjør sitt til at andre gjør en bedre jobb. Samhandlingen kan utvikles til det fineste samspill, når alle er besjelet av et ønske om et best mulig sluttresultat (Hjort 2004).

Hjort (2004) viser til psykiateren Unni Kristiansen som har formulert noen kjennetegn på å være en god samhandler. Det innebærer følgende:

- Å forstå at å lytte er viktigere enn å snakke.
- Å være seg bevisst at det viktigste ikke er at jeg sier det, men at det blir sagt.
- Å være i stand til å se egen kompetanse og egen begrensning.

- Å vite hva de andre kan og hva som er deres rolle og funksjon.
- Å evne å ta imot kontinuerlig tilbakemelding på hvordan jeg virker i samspill med andre.
- Å være i stand til å stå i en vedvarende prosess
- Å evne å bruke personlige egenskaper og styrke som ikke nødvendigvis har mye med fag å gjøre, men som har med meg som person å gjøre.

Norske kommuner har i mange år hatt en tradisjon for å etablere tverrfaglige grupper rundt barn og unge som har behov for bistand. Men likevel ser vi at kommunene strever med å få oppgaver og tjenesteyting til å henge sammen rundt enkeltindivider (Lauvås og Lauvås 1994, Killen 1996, Hansen 1999, Tronvoll 1999 i Holck 2004)

Holck (2004) viser til flere norske forskere bl.a. Askheim og Rønning (1987), Killen (1996), Haug(1998), Tronvoll (1999), Zahl (2000), Tøssebo (2003) som har konkludert med at tverretattlig samordning av tjenester og tilrettelegging av miljøet rundt barn og unge ikke alltid fungerer slik som intensjonen i den statlige politikken tilsier.

Hammarqvist (1982) peker på følgende problemer som reiser seg ved samordning av tjenester i helse- og sosialsektoren:

- Etatene er underlagt hver sine styringsorganer, og det vil ikke være mulig å integrere dem uten å bryte opp de eksisterende systemer.
- Hver etat har sin særskilte ”ideologi” og siktemål for sin virksomhet, basert på særskilte lover, forskrifter, praksis og tradisjon.
- De enkelte organer er engstelige for å miste sin selvstendighet, sin identitet og prestisje, de nærer en mer eller mindre begrunnet frykt for å bli dominert av eller helt oppslukt av andre.

- Personalets utdanning, erfaringer og deres faglige og menneskelige holdninger til problemene er forskjellige i etatene, noe som ved en integrasjon kan gi grobunn til uenighet både om konkrete tiltak og virksomheten generelt.
- Personalet i de lokale sosial- og helseorganisasjoner får sine inntekter på forskjellig måte. I samarbeidsforhold vil det lett kunne oppstå vansker når en yrkesgruppe er avhengig av betaling per pasient, mens andre har fast lønn uansett hvor mange pasienter/klienter de behandler.

Tverrfaglig samordning blir også i utenlandsk studier beskrevet som en problematisk utfordring. Dette gjelder både knyttet til offentlig forvaltning og private organisasjoner (Mulfold og Rogers 1982, Wetten 1982, Thompson 1983, Hasenfeld 1992, Mattessich og Monsey 1997, Wetten og Bozeman 1991 i Holck 2004).

Hammarqvist (1982) framhever at interessen for å samordne har vist seg større enn interessen for å bli samordnet. Manglende samordning kan være et hinder til problemløsning, men samordning blir aldri noe universalmiddel i helse- og sosialpolitikken. Framtidige samarbeidstiltak må derfor i større grad enn tidligere ta utgangspunkt både i praktiske erfaringer og i teoretisk fundert innsikt. Det gjelder med hensyn til hvilke felter som kan samordnes og det gjelder like mye de organisasjonsmessige betingelsene for vellykket samarbeid (Hammarqvist 1982).

Begrepet ”prosess” ble benyttet om samhandling mellom aktører for å understreke prosessens komplekse natur. At den er kompleks innebærer ikke bare at deloppgavene de ulike aktørene forvalter kan være mange og sammensatte. Aktørene handler også innenfor flere og sammensatte organisatoriske kontekster. Ifølge Sand (1996) blir prosesser komplekse fordi oppgaver og organisatoriske forhold påvirker hverandre gjensidig og bevirker at hendelsesprosesser får ulike og mangfoldige forløp og konsekvenser som kan være vanskelig å holde oversikt over.

Erfaringene viser at i små kommuner er det ikke så mange å spille på og aktuelle personer har ikke fulle stillinger. En type samarbeidsfora hvor deltakerne representerer et bredt spekter av

etater og organisasjoner, et utvidet nettverk som arbeider med barn og unge i kommunen (Brostrøm, NOVA 2002).

Holck (2004) viser til nordisk spesialpedagogiske studier og annen relevant faglitteratur hvor det knyttes mye oppmerksomhet til kommunikasjonen mellom fagfolk. Søkelyset rettes mot hvordan man kan overskride eget faglig ståsted, lytte til andre faggrupper, reflektere over egne oppfatninger av virkeligheten og finne fram til en felles plattform for handling (Lauvås og Lauvås 1994, Killen 1996, Hansen 1999). Flere understreker også betydningen av at samarbeidet sikres kontinuitet, dvs. at det etableres fora for samarbeid på tvers av faggrupper, sektorer og etater (Hansen 1999, Tetzchner og Schiørbeck 1992, Stangvik 2001, Skogen og Holmberg 2002).

Mange har erfart at tverrfaglig samarbeid er krevende. Mange strever fortsatt med å få strukturert og organisert det tverrfaglige samarbeidet i kommunene. Dette gjelder både det tverrfaglige samarbeidet mellom de ulike instansene i kommunene og samarbeidet med etater utenfor kommunene (Glavin og Erdal 2007).

Stange kommune har også gjort sine erfaringer med tverrfaglig samarbeid. Til tross for at det gjennom flere år var jobbet mye med samarbeid og samarbeidsstrukturer, opplevde kommunen ofte at det tverrfaglige samarbeidet i praksis ble for tilfeldig og personavhengig. Stange kommune fikk et avvik ved tilsyn av Fylkesmannen i 2008. Avviket dreide seg om at kommunen ikke hadde et system som sikret utsatte barn av flyktningfamilier og utsatte barn av syke foreldre slik at disse ble fanget opp og fikk samordnet hjelp. Ansatte i tjenestene har gitt uttrykk for at avviket var større enn tilsynet har avdekket (Løken 2011).

For å bedre det tverrfaglige samarbeidet deltok Stange kommune i det nasjonale prosjektet ”Sammen for barn og unge”- ”bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge”. Det var et 3 årig utviklingsprosjekt i regi av KS og Barne- og likestillingsdepartementet. Formålet med dette prosjektet var å utvikle, prøve ut og standardisere en tverrfaglig samarbeidsmodell for Stange kommune.

”Familiehjelpa” ble etablert som en samarbeidsmodell for kommunen, som skulle sikre at alle utsatte førskolebarn og deres familier fikk helhetlig og koordinert hjelp i henholdt til sine

rettigheter og behov. Prosjektet har en nasjonal målsetting i å presentere gode eksempler på samarbeidsmodeller og tverrfaglig samarbeid som sikrer at utsatte barn og unge ble ivaretatt og tilbudene blir koordinert på en helhetlig måte. En grundig beskrivelse av dette prosjektet kommer i kapittel 3.

Stange kommune er opptatt av en forbedring av strukturer og rammer for samarbeid. I prosjektperioden ble det utarbeidet og forbedret prosedyrer for hvordan samarbeidet skulle foregå. Det ble bl.a. forbedret prosedyrer for individuell plan, bruk av ansvarsgrupper, prosedyrer for å sikre gode overganger fra barnehage til barneskole og prosedyrer for ivaretagelse av barn av psykisk syke foreldre og foreldre med et rusproblem.

For å få bedre samarbeid mellom de ulike instansene i og utenfor kommunen deltar Stange kommune i K8 samarbeidet. Det er et samarbeid mellom 8 kommuner, 4 brukerorganisasjoner og divisjon psykisk helsevern for bedre tjenestetilbudet på det psykiske helsefeltet i Midtfylket av Hedmark (Løken 2011).

2.3.3 Samarbeid på forskjellige nivåer

Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid vil arte seg forskjellig etter hvilket nivå samarbeidet skjer på (Gjertsen 2007). I underkapittel 2.2.2 ble det allerede redegjort for ulike nivåer for forebyggende arbeid.

Gjertsen (2007) skriver at det primærforebyggende arbeidet vil være basert på tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. De mest sentrale kommunale instansene vil være barneverntjeneste, helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnehage, skole, PPT, SFO, kulturtiltak og frivillige organisasjoner. Kommunene er forskjellige organisert når det gjelder primærforebyggende arbeidet (Gjertsen 2007).

De instansene som er nevnt i primærforebyggende arbeid vil også være sentrale aktører i sekundærforebyggende arbeid. Det samarbeidet vil være rettet mot utsatte barna eller risikobarna med sammensatte og omfattende problemer. Uansett på hvilket område barn er utsatt på, må mange fagpersoner samarbeide. Det er viktig at familien er involvert.

Det tertiærforebyggende arbeidet vil dreie seg om barn og unge med spesielle behov. De spesielle behovene vil avgjøre hvem som har hovedansvaret for samarbeidet. Regelmessighet, koordinering og ansvarsfordeling er viktig på dette nivået (Gjertsen 2007).

Ansvarsgrupper blir ofte benyttet som et alternativ for å ivareta behovet for samarbeid mellom faggrupper rund barnet.

Ansvarsgrupper er en form for tverrfaglig forpliktende samarbeid der mål, tiltak, oppgavefordeling konkretiseres gjennom helhetlige planer som drøftes og følges opp av gruppen (Glavin og Erdal 2007).

Det er det enkelte barnets spesielle behov som avgjør hvem som skal delta i ansvarsgruppen. Dette kan i seg selv være en utfordring for deltakere. Man kan reise spørsmål om hvem som skal avgjøre de utvalgte deltakerne. Skal for eksempel pårørende eller fagpersoner bestemme hvem som skal delta i ansvarsgruppen? Flere personer kan ha forskjellige meninger i forhold til dette. Man kan komme i en vanskelig situasjon om utvelgelsen av deltakere i gruppa blir personavhengig. Deltakere skal representere ulike faggrupper, som arbeider ut i fra forskjellige lovverk. Faste deltakere i ansvarsgruppen skal være sentrale i barnets hverdag. Andre fagpersoner skal delta i møter ved behov. Representantene i gruppen har et forpliktende delansvar for oppfølging og behandling av barnet.

Glavin og Erdal (2007) påpeker at det er vanlig at ansvarsgruppen representerer samarbeidet i førstelinjen, mens andrelinjetjenestens spesialiserte tjenester kan nyttes når det foreligger situasjoner som det kommunale apparatet ikke har kompetanse til å løse.

Ansvarsgruppens oppgave er å kartlegge problemområdet grundig og utarbeide en handlingsplan med klare mål og delmål, foreslå tiltak og foreta arbeidsfordeling. Evaluering av utarbeidet mål, tiltak og arbeidsfordeling bør foretas fortløpende.

Enkelte nyere undersøkelser av ansvarsgrupper viser at mange brukere er lite tilfreds med hvordan samarbeidet blir organisert. De viser at et flerfaglig og godt koordinert nettverk kan være et godt alternativ til en ansvarsgruppe (Glavin og Erdal 2007).

En annen undersøkelse (Lappgård og Ytrehus 1998 i Glavin og Erdal 2007) viste også at det først og fremst var administrativt og faglig personell i kommunene som opplevde ansvarsgruppen som en positiv ordning.

Et annet verktøy eller arbeidsmåte som skal sikre det enkelte barns behov for tjenester er individuell plan. Individuell plan er også en rettighet. Alle som har behov for langvarige og koordinerte sosial- og helsetjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Retten til å få utarbeidet en individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-3a og pasientrettighetsloven § 2-5. Plikten til å utarbeide en individuell plan er hjemlet i sosialtjenesteloven § 4-3 a, kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1. NAV- loven § 15 og barnevernloven § 3-2(NOU 2009:22).

Målet med individuell plan er å utarbeide et helhetlig, koordinert individuelt tilpasset tilbud der bruker selv definerer behovene. Den skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og styrke samhandlingen mellom etater.

Waade (2004) skriver ”individuell plan skal gi oversikt over hele tjenestetilbudet. Den skal ansvarliggjøre brukerne og tjenesteyterne og beskrive hvordan tjenestene skal organiseres. Det skal også framgå hvordan rutiner for tjenestenes omfang og utforming skal være. Det må komme tydelig fram hvem som er koordinator og hvilke rutiner for samarbeid det skal være mellom partnere”.

Ansvarsgrupper og individuell plan kan benyttes på alle nivåer. Disse arbeidsmåtene har som intensjon å gi en bedre tjenestekoordinerings og tydelig ansvarsfordeling. De vil kanskje bidra til at samarbeidende parter kan unngå koordineringsproblemer som omtales som gråsoner og dobbeltarbeid. De vil gi et håp om at brukere vil få et bedre tjenestetilbud, slik at barn med sammensatte vansker ikke blir en kasteball mellom profesjoner og etater.

Aktørene i Stange kommune mener at brukermedvirkning er en vesentlig forutsetning for at det tverrfaglige samarbeidet skal lykkes. Brukermedvirkning som en viktig arbeidsform vil bli utdypet videre i oppgaven.

2.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en arbeidsform der enkeltpersoner eller representative organisasjoner som er eller blir påvirket av en tjeneste eller et tiltak skal ha innflytelse på beslutningsgrunnlaget for tjeneste/tiltaksutformingen.

Brukermedvirkning er i offentlige dokumenter definert som:

- a) *"...de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet."* (St.meld. nr.34(1996-97):29)
- b) *"Brukermedvirkning – enten det er på system-, eller individnivå – innebærer at brukeren er med på å utforme tilbudet sammen med fagfolk."* (Sosial- og helsedirektoratet 2006:7)
- c) *"På individnivå betyr brukermedvirkning at den som benytter seg av tjenestetilbud får innflytelse i forhold til dette tilbudet."* (Sosial- og helsedirektoratet 2006:8)
- d) *"På systemnivå vil brukermedvirkning innebære at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltagende i planleggings- og beslutningsprosesser, fra start til mål."* (Sosial- og helsedirektoratet 2006:8)

Brukermedvirkning er et begrep som det kan legges ulikt innhold i. Hva brukermedvirkning er, eller hvilke konsekvenser og hvilke praksiser brukermedvirkning fører til, er avhengig av hvilket innhold som legges i begrepet i den aktuelle konteksten. Slik som begrepet er definert i de offentlige dokumentene medfører brukermedvirkning at brukerne får innflytelse, likeverdig samarbeid og aktiv deltakelse.

Med andre ord brukermedvirkning skal både bidra til bedre kvalitet på tjenestetilbudet og til å fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv.

Begrepet brukermedvirkning er satt sammen av ordene: bruker og medvirkning. Det er et relasjonelt begrep, og gir forventninger om at denne samhandlingen skal få konsekvenser (Rønning og Solheim 1998 i Humerfelt 2005).

Hvilke konsekvenser og hvor store konsekvenser medvirkningen kan få for brukeren, er bl.a. avhengig av i hvilken grad brukeren inviteres til å medvirke og på hvilket tidspunkt.

Brukermedvirkning kan beskrives med ulike grader av medvirkning. Begrepsinnholdet kan variere etter hvilken grad av medvirkning som benyttes, og hvilke argumenter som ligger til grunn for å praktisere brukermedvirkning.

Glavin og Erdal (2007) hevder at brukerperspektivet baserer seg på et menneskesyn som tar utgangspunkt i at ethvert menneske har krav på respekt for sin autonomi/selvbestemmelsesrett.

Brukermedvirkning foregår på individuelt nivå, på tjenestenivå og på systemnivå.

- På individuelt nivå betyr brukermedvirkning at den som benytter seg av et tjenestetilbud får innflytelse i forhold til dette tilbudet. Det betyr at vedkommende eller en representant for vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige. Dette skal også bidra til større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv for den som det gjelder.
- Tjenestenivå omhandler samarbeidet mellom valgte representanter for brukere og/eller deres organisasjoner og det nivået som utfører tjenesten.
- Systemnivå omhandler samarbeidet mellom en eller flere brukerorganisasjoner og en kommune eller et sykehus på ledernivå.

På individnivå betyr det at familien eller klienten har rett til å bli hørt og ha innflytelse over hva slags hjelp som tilbys og hvordan hjelpen utformes.

På systemnivå innebærer brukermedvirkning at brukere deltar i utvikling og kvalitetsforbedring av tjenester. Målet er at brukermedvirkning skal bidra til god kvalitet på tjenestene og at brukeren får økt innflytelse på egen livskvalitet (SH-dir 2006. IS-1315).

Brukermedvirkning er lovpålagt og handler om at tjenesteapparatet benytter brukernes erfaringskunnskap for å kunne yte best mulig hjelp.

Ut i fra erfaring er aktørenes kompetanse et viktig område for å lykkes i det tverrfaglige samarbeidet. Glavin og Erdal (2007) understreker at brukermedvirkning er et sentralt område for å oppnå de resultatene vi ønsker med det tverrfaglige samarbeidet.

Begrepene myndiggjøring eller empowerment viser til maktoverføring fra profesjonsutøveren til brukeren (Gjertsen 2007: 99). Det er utviklet mange nye metoder de senere årene som vektlegger at barn og familier er aktive aktører. Empowerment i den kontekst betyr at brukeren er kompetansebærer i stedet for diagnosebærer (Gjertsen 2007: 99).

Gjertsen (2007) skriver: ” Både i vårt land og i internasjonal forskning og debatt har der skjedd en økende oppmerksomhet mot brukernes perspektiv. I Norge kom dette til uttrykk i NOU (2000:12) Barnevernet i Norge og de stortingsmeldingene som bygger på denne. Den gamle velferdsmodellen med sterke paternalistiske trekk er blitt utfordret av så vel brukerorganisasjoner som politiske krefter både på høyre- og venstresiden. Verdsetting av barn og foreldres egne erfaringer er en del av denne endringa”.

2.4.1 Medvirkningens omfang

Hjort (2004) stiller spørsmål i sin forelesning ”Tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning” om det finnes grenser for individets rett til medvirkning. Svaret er at ut ifra menneskerettighetsperspektiv er det vanskelig å se at det skulle foreligge noen grenser for individets rett til å representere seg selv. Det kan selvsagt finnes individuelle begrensninger i de praktiske mulighetene for å medvirke for eksempel på bakgrunn av bevisstløshet eller nedsatt funksjonsevne. I disse tilfeller skal andre personer som står personen nær trekkes med i forvaltningen av medvirkningsretten (Hjort 2004). Han understreker at det er umulig å finne frem til mål og mening med individuelle, menneskelige prosesser uten personens egen, aktive deltagelse, derfor er det feil å prøve å begrense den individuelle brukermedvirkningen.

2.4.2 Medvirkningens utfordringer

Brukermedvirkning som arbeidsform vil støte på en rekke vanskeligheter. Hjort nevner tre utfordringer som utpeker seg:

- Lært hjelpeløshet.
- Mestring som mulighet.
- Roller og innflytelse.

Lært hjelpeløshet definerer Hjort (2004) som en overbevisning om at handling er nytteløst. Han påpeker at vi tilegner oss slike overbevisninger når:

- Andre tar over og gjør tingene for oss.
- Vi tvinges til å gjøre ting vi ikke kan.
- Vi mangler oversikt og kontroll over situasjonen.

Hjort (2004) poengterer at vi bør huske fire ting om hjelpeløshet:

- At lært hjelpeløshet er den alvorligste hindringen for brukermedvirkning.
- At hjelpeløshet kan læres utrolig fort; ofte skal det ikke mer enn noen få erfaringer til.
- At det å hindre eller frata individet kontroll over de nære ting, er å påføre individet målbare skader på psykisk og fysisk helse.
- At god vilje alene er ikke nok; i iveren etter å gjøre det beste for brukeren, er det mulig å bli for initiativrik og ”hjelpsom”, og å glemme at det er brukeren som skal sitte i førersetet.

Den andre utfordringen er *mestring som mulighet*. Hjorts definisjon av mestringsbegrepet er ”menneskets evne til å møte livets utfordringer med motstandskraft, springer ut av dets opplevelse og forståelse av egenverd”.

Egenverd formes av menneskets tilhørighet og kompetanse. Tilhørighet og kompetanse er mestringens sentrale vilkår. Hjort (2004) viser til Sommerschild (1998) som har utviklet en modell for mestringens vilkår. Tilhørighet handler om å oppleve forutsigbarhet, bekreftelse og tilhørighet som bare en familie kan gi, og om å ha et nettverk som gir sosial støtte og felleskap i verdier. Kompetanse handler om å erfare at man kan noe, om å være til nytte, om å få og ta ansvar, om å møte og mestre motgang.

Neste utfordring som ble påpekt av Hjort (2004) er *roller og innflytelse*. Han poengterer at mange brukere opplever uenighet og konflikt til hjelpeapparatet. Årsaken til det kan være at relasjonen mellom brukeren og hjelperen i sitt vesen er asymmetrisk, det vil si at makten er ikke likt fordelt mellom de to. Med brukermedvirkning menes at det stilles et krav til hjelpere om å endre kulturer og endre relasjonen mellom bruker og hjelper. Rollene kan klargjøres ved å involvere brukere med ulik grad av innflytelse over situasjoner og prosesser. Han skiller følgende former for brukermedvirkning:

- Brukerperspektiv: Å se saken fra brukerens side. Brukerens innflytelse er indirekte.
- Brukerdialog: Å utvikle samtalen som handlings- og beslutningsform. Brukerens innflytelse er direkte, men begrenset.
- Brukerstyring: Å gi brukeren beslutningskontroll. Brukerens innflytelse er direkte og bare begrenset av ansvar for egne handlinger og andres reaksjoner på disse.

Hjort (2004) understreker at vi som hjelpere må lære oss å beherske ulike former for medvirkning: Vi må vite når vi skal prøve å få til brukerstyring, hvordan man inntar brukerperspektiv og vi må øve oss i den gode samtalen med brukeren.

Han minner oss om at fagpersonens oppgave er å klargjøre det mulige og hjelpe brukeren til å beslutte hva som er best. Mens fagpersonen trer inn i rådgiverens, veilederens og hjelperens rolle, må brukeren utvikle seg i rollen som beslutningstaker (Hjort 2004).

2.4.3 En reell brukermedvirkning eller et alibi for eksisterende praksis?

De fleste ser positivt på brukermedvirkning, men det er ikke alltid mulig å få det til i praksis. Det finnes mange årsaker som kan hindre brukermedvirkning. De kan være praktiske slik som holdninger, rutiner, økonomiske rammebetingelser, tidspress eller faglige, slik som manglende kompetanse på kommunikasjon og samhandling.

Rønning og Solheim (1998) påpeker at brukermedvirkning kan være ressurskrevende, og ikke all medvirkning oppfattes som et gode. Medvirkning krever brukerens kompetanse og innsats fra brukeren. I noen situasjoner kan brukeren oppleve at han/hun ikke har overskudd til å delta. De understreker at brukermedvirkning løser ikke alle problemer.

Sigstad (2004) skriver at begrepet brukermedvirkning ofte benyttes som en ren propaganda, for eksempel for forebyggende helsekampanjer. Det kan ofte høres banalt ut for noen mennesker at man skal mosjonere mer og få sunnere ernæring, hvis individet ikke selv innser viktigheten av dette. Da hjelper det lite med den offentlige propagandaen. Her forutsettes det at brukeren faktisk må ha et ønske og en vilje til å ta i mot hjelp og bidra til gode løsninger.

Helse- og sosialsektoren har alltid hatt en rekke vanskelige oppgaver foran seg, som de skal løse. Bl.a. å motivere befolkningen til å få bedre helse og å redusere antallet sosiale problemer i samfunnet. Syke skal bli friske, arbeidsledige skal få seg et arbeid, rusmisbrukere skal slutte å ruse seg, elever som er skulkere skal motiveres til å gå på skolen. Det er ønskelig at disse sosiale problemene skal løses av hjelpeapparatet ved å involvere brukerne aktivt i beslutningsprosesser og ved utforming av tjenestetilbud.

Lover og handlingsplaner har sørget for at brukermedvirkning ble innført innefor ulike virksomheter, også i helse- og sosialtjenestene. Brukermedvirkning er en demokratisk rettighet og i mange år har det vært en viktig politisk målsetting. Når politiske mål settes først, for deretter å settes ut i praksis, er man avhengig av fagfolkenes fortolkning av de politiske mål. Derfor, når brukermedvirkning settes opp som en målsetting, er det ikke uten videre gitt hva medvirkningsmålet faktisk betyr. Resultatet blir at man får mange ulike praksiser som går under samme betegnelse (Ødegaard 2010). Hvordan det gjøres i praksis avhenger av den konteksten medvirkning inngår i, forhold til hva slags overordnede hensyn medvirkningen

legges inn i, og i forhold til hvordan fagfolk i hjelpeapparatet omformer mål og kopler dem fagkunnskap og normer for tjenesteutøvelse (Dahle og Thorsen 2004 i Ødegaard 2010).

Man kan se at velferdsstatens tjenesteutforming står ovenfor noen utfordringer og dilemmaer. Ett slikt dilemma er brukermedvirkning og individets vurderinger sett opp imot økonomiske hensyn (Ødegaard 2010). Erfaringene viser at i praksis er oppmerksomheten rettet mer mot legitimitet og effektivitet i tjenestene enn brukerens behov og ønsker. Hummerfelt (2005) hevder at ved brukermedvirkning kan virksomheten gi tjenestene, eksempelvis behandling, raskere og mer effektivt. Brukere kommer raskt inn og raskt ut av helsetjenester eller sosialtjenester.

Her kan man trekke en parallell med de økonomiske gevinster som velferdsstaten kan få. For eksempel jo raskere folk kommer ut av behandling jo mer lønnsomt er det for samfunnet. Humerfelt (2005) påpeker at det er billigere for samfunnet å ha aktive deltagere enn passive trygdemottakere.

Rønning og Solheim (1998) skriver at profesjonene har et paternalistisk forhold til brukere. Profesjonelle vet hva som er best for brukeren. Man kan sammenligne med at profesjonelle inntar nesten foreldrerollen. Mange brukere som befinner seg i en sårbar situasjon er avhengige av andre mennesker. Brukere er imidlertid avhengige av tjenesteutøvernes kunnskap, klokskap og følsomhet. Avhengighet hos brukere kan vises i maktesløshet, resignasjon, aggresjon og fiendelighet. Det vil bl.a. føre til en hindring for reell brukermedvirkning.

Brukermedvirkning kan oppfattes av mange som et politisk og ideologisk ideal som i praksis kan bli en trussel for fagpersonene (Ødegaard 2010). Fagpersonene og den enkelte kan oppfatte virkeligheten totalt forskjellig. Derfor kan man fort komme i en kollisjon av meninger. Man kan stille spørsmål om det for eksempel er pasienten eller legen som bestemmer over diagnostisering og valg av behandlingsalternativer.

Brukermedvirkning kan også oppfattes som en ansvarsfraskrivelse fra profesjonelle. I noen tilfeller der pasienten får mulighet til å medvirke i sin egen behandling, kan det kanskje føre

til at pasienten får skyld (følelse) hvis behandlingen ikke blir vellykket. Det handler bl.a. om at pasienten må ha nødvendig kunnskap og kompetanse til å medvirke.

I andre tilfeller kan brukeren oppleve tradisjonelle asymmetriske relasjoner som noe trygt, hvor man selv kan være en passiv mottaker av tjenestetilbudet uten selv måtte ha ansvar for det. For eksempel kan det være akuttsituasjoner på sykehuset, når legen må ta raske viktige avgjørelser. Man må innse at i slike situasjoner er det akseptert at verken brukeren eller pårørende ikke har kompetanse til å medvirke.

Selv om brukerens rettigheter til medvirkning i sin sak eller behandlingsopplegg er lovbeskyttet, er det likevel hjelperen som legger premisser for hvordan brukermedvirkningen skal skje. Det dreier seg nemlig om at premissene for samhandling blir styrt av hjelpeapparatet. På den måten blir brukermedvirkning et alibi for eksisterende praksis.

Brukermedvirkning er en vesentlig forutsetning for at den bistand som tilbys av hjelpeapparatet skal ha en ønsket effekt. Men i noen tilfeller, slik som nevnt ovenfor, kan det være problematisk dersom brukere trekkes for mye inn. Det kan også være en trussel ved at hjelpeapparatet mister legitimiteten sin.

Hva er en reell brukermedvirkning og hva skal til for at en reell brukermedvirkning skal lykkes?

Noen mener at innføring av brukermedvirkning krever et paradigmeskifte i helse- og sosialsektoren. Paradigmeskifte i helse- og sosialsammenheng handler om endring i maktforholdet i den tradisjonelle hjelper-bruker-relasjon. Denne asymmetriske relasjonen er vanskelig å bryte. Derfor krever dette nytenkning og omlegging i hjelpeapparatet.

En reel brukermedvirkning innebærer å legge til rette for likeverdige prosesser i så stor grad som mulig. For å sikre en reel brukermedvirkning mener Sigstad (2004) at det må skje endringer parallelt, både på system- og individnivå.

En reel brukermedvirkning vil være avhengig av vilje til åpenhet på begge sider, hos bruker og hos den profesjonelle. En slik åpenhet forutsetter imidlertid en erkjennelse av eksisterende

maktforhold, avdekning av alternative motiver for samhandling, synliggjøring av mulige spenningsforhold, samt et ønske om dialog for å få dette til (Sigstad 2004).

2.4.4 Hva betyr brukervedvirkning for Stange kommune?

Det blir lagt stor vekt på brukervedvirkning i Stange kommune. Behov for gode verktøy som kan sikre at brukeren får økt innflytelse på egen livskvalitet har vært og fortsatt er stort.

Derfor ble det vedtatt at kommunens fagfolk skal benytte verktøy som Klient- og resultatstyrt praksis (KOR), individuell plan og nettverksmøter for å bidra til å sikre kvalitet og enhetlig praksis i arbeid for utsatte barn og unge. Metodene har høy vekt på brukervedvirkning.

Alle ansatte som jobber med utsatte barn og unge utvikler sin kompetanse på brukervedvirkning. Derfor skulle det med prosjektet ”Sammen for barn og unge” jobbes for å sikre at barn og unge blir ivaretatt på alle nivåer.

Stange kommune har gjort sine erfaringer om bruk av Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) i prosjektet ”Familiehjelpa”. Bruk av KOR- skalaene i prosjektet ble evaluert og viste gode resultater. Funnene av denne studien peker på at KOR- fungerer som et godt samtaleredskap som bidrar til samtaleprosesser, skalaene realiserer målsetninger som er satt for denne bruken og KOR- skalaene anbefales brukt i alle tjenester hvor terapeutiske samtaler og arbeid foregår (Sundet 2011). Sentral målsetting i kommunen har vært at i tillegg til ”Familiehjelpa” skulle både barnevernet, helsestasjon, avdeling for psykisk helse og ergo- og fysioterapeuten prøve ut bruken av KOR. I første omgang ble KOR innført bare i barneverntjenesten og bruken av dette verktøyet i denne tjenesten skal evalueres om ikke så lenge.

Stange kommune håper at innføring av gode metoder og verktøy som KOR, individuell plan og nettverksmøter vil bidra til god brukervedvirkning, kvalitetssikring av tiltak og samordning av tjenester.

2.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg forsøkt å gi en framstilling av kommunens forebyggingsarbeid og tverrfaglig samarbeid med økt vekt på brukervedvirkning.

Først har jeg gått gjennom definisjonen av forebyggende arbeid, forskjellige nivåer for forebygging og viktigheten av en tidlig forebyggende innsats som er en god investering som vil gi høy avkastning i form av god omsorg til neste generasjon.

Deretter har jeg sett på tverrfaglig samarbeid som er et middel eller en metode til å nå målene i arbeidet med barn og unge i kommunen.

Jeg har også gått gjennom forutsetninger for at tverrfaglig samarbeid skal lykkes, forskjellige nivåer som det tverrfaglige samarbeidet skjer på og utfordringer med det tverrfaglige samarbeidet.

Videre har jeg belyst forskning som peker på at tverrfaglig samarbeid er krevende både mellom de ulike instansene i kommunen og samarbeidet med etater utenfor kommunen.

Til tross for det, flere understreker at ulike perspektiver og tilnærminger er nødvendig for å gi barn og familier best mulig hjelp til rett tid.

Avslutningsvis har jeg behandlet brukermedvirkning som en arbeidsform der enkeltpersoner eller representative organisasjoner skal ha innflytelse på beslutningsgrunnlaget for tjeneste/tiltaksutforming. Jeg retter søkelyset på ulike nivåer av brukermedvirkning, medvirkningenes omfang, utfordringer som utpeker seg og hva en reel brukermedvirkning innebærer.

Kort oppsummert stiller samfunnets utvikling store krav til kommunene om styrking av forebyggingsarbeid og tverrfaglig samarbeid med økt vekt på brukermedvirkning.

3 ”Familiehjelpa”

3.1 Innledning

Da jeg vurderte valg av tema for min masteroppgave stiftet jeg bekjentskap med et prosjekt som heter ”Familiehjelpa”. Tiltaket var et pilotprosjekt i Stange kommune og virket veldig inspirerende, interessant og passende for en master oppgave innen helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge.

Jeg ble engasjert av inspirasjonen fra prosjektansvarlige og bestemte meg for å forske på dette prosjektet. Prosjektansvarlige hadde behov for en evaluering av prosjektet etter et års drift.

Til å begynne med ønsket jeg å gjennomføre en brukerundersøkelse og gjøre bruk av verktøyet KOR (Klient- og resultatstyrt praksis) i ”Familiehjelpa”. Men prosjektansvarlige hadde på det tidspunktet allerede en avtale med Høgskolen i Buskerud om gjennomføring av denne evalueringen.

Prosjektansvarlige hadde behov for en evaluering av de erfaringene som samarbeidspartnerne til ”Familiehjelpa” har gjort i løpet av det året prosjektet varte. Vi ble enige om at jeg skulle konsentrere meg om denne delen av evalueringsarbeidet.

Dette kapitlet handler om en gjennomgang av hva prosjektet ”Familiehjelpa” i Stange innebærer. Informasjonen som framkommer i dette kapitlet er innhentet fra samtaler med prosjektleder og faglig leder for ”Familiehjelpa”, og interne dokumenter bl.a. prosjektbeskrivelse og rapport om prosjektet ” Sammen for barn og unge” i Stange (2008-2011).

Det som kommer først, er en beskrivelse av hvordan ”Familiehjelpa” er forankret og organisert, verdier og visjoner for ”Familiehjelpa” sitt arbeid.

Deretter kommer en framstilling av hvordan informasjonen om prosjektet har spredd seg og har blitt mottatt i kommunen. Metodene som brukermedvirkning, bruk av KOR i ”Familiehjelpa”, individuell plan og personlig koordinator og nettverksmøte blir framstilt videre.

Avslutningsvis vil jeg belyse erfaringer og oppdagelser som ble gjort underveis og hvilken hjelp ut i fra ”Familiehjelpa” oppfatning som vil hjelpe.

3.2 Helhetlig modell – ”Familiehjelpa”

”Familiehjelpa” ble utviklet som en del av prosjektet ” Sammen for barn og unge” i Stange (2009-2011).

”Familiehjelpa” er et lett tilgjengelig lavterskeltilbud og ”en dør inn” for å få tidlig koordinert hjelp og en modell for tverrfaglig samarbeid, som setter brukermedvirkning og samarbeid ut i praksis på tvers av systemet (Løken 2011). Stange kommune har i lang tid søkte etter gode strategier for best mulig kunne organisere seg, slik at man kunne komme raskere og mer koordinert inn ved bekymring for et barn. En modell for tverrfaglig samarbeid, som heter ”Familiehuset” i Horten, ble en inspirasjonskilde for etablering av en tverrfaglig samarbeidsmodell i Stange kommune.

”Familiehjelpa” er et lavterskeltilbud til barn i førskolealder og deres familier. Løken (2011) som prosjektlederen påpeker er modellen i tråd med anbefalinger gitt i bl.a. Samhandlingsreformen og NOU 2009:22, ” Det du gjør, gjør det helt” (Flatøutvalget).

Løken (2011) viser til NOU 2009:22 at Flatøutvalget framhever stor betydning av *tidlig innsats* som vil gi barn stabile og trygge rammer for utvikling og vekst og anbefaler at det opprettes lavterskeltilbud med psykologisk hjelp i alle kommuner. Lavterskeltilbud defineres som ” *en tjeneste som tilbyr sekundærforebyggende tiltak, - der målet er å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Tiltakene er rettet mot definerte grupper, barn, unge eller familier som oppfattes å være i risiko for å utvikle psykiske problemer. Tjenesten er lett tilgjengelig ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at den tilbys uten venting og lang saksbehandling* ”(NOU 2009:22 s.79).

”Familiehjelpa” er en tverrfaglig samarbeidsmodell som skal sikre at alle utsatte førskolebarn og deres familier skal få helhetlig og koordinert hjelp i henhold til sine rettigheter og behov.

Hjelpen skal gis gjennom et tett og nært samarbeid med barna og deres familier og resultatet skal måles ved bruk av Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). Målet med ”Familiehjelpe” er:

- At hjelpeapparatet blir oversiktlig, tilgjengelig og helhetlig for brukerne.
- At tidlig og samordnet innsats kan forhindre at atferdsproblemer og funksjonsvansker vedvarer eller videreutvikles.
- At brukere opplever å bli hørt og tatt på alvor, at de kan finne fram til egne ressurser og evne til å mestre eget liv og får tiltro til at disse kan brukes.
- At familier med behov for sammensatte tjenester tilbys individuell plan og personlig koordinator.
- At både et profesjonelt og et privat nettverk kan bidra til å løse problemer.
- At ansatte i Stange kommune som jobber i aktuelle aldersgrupper opplever støtte og hjelp i sitt møte med utsatte barn og deres familier.

3.3 Forankring og organisering

”Familiehjelpe” har vært et ett-årig pilotprosjekt som skulle gjelde for førskolebarn og deres familier. ”Familiehjelpe” er forankret i Virksomhet for Barn og familie i Stange kommune. Det er ikke etablert en ny tjeneste, men det er opprettet et team som er satt sammen av tjenesteutøvere fra barnevern, helsestasjon og avdeling psykisk helse.

”Familiehjelpe” består av folk fra ulike tjenester og ledes av psykolog. Det er tre representanter i teamet fra helsestasjon: helsesøster, barnevernspedagog fra forsterket helsestasjon og helsesøster for flyktninger; to representanter fra avdeling psykisk helse for voksne, hvorav en har særskilt ansvar for psykisk helsearbeid til innvandrere og flyktninger; en representant fra barneverntjenesten. ”Familiehjelpe” samarbeider med andre tjenester og hver fjerde uke har utvidet møte med faste representanter fra Hedmarken interkommunale PP tjeneste (HIPPT), Spe- og småbarnsteamet ved BUP Hamar og NAV Stange.

”Familiehjelpa” møtes fast en gang i uka på Helsesenteret i kommunen for å fordele saker, drøfte problemstillinger og jobbe med tema knyttet til kompetanseutvikling.

Det trenges ingen henvisning og hvem som helst kan ta kontakt med ”Familiehjelpa”. Folk kan henvende seg via telefon, brev, gjennom fastlegen eller noen andre de har kontakt med i hjelpeapparatet.

Det understrekes av prosjektlederen at kontakt med familien skal tas i løpet av en uke etter at henvendelsen er mottatt. Da avtales et møte så raskt som mulig, hvor familiens behov og ønske om tiltaket avklares.

I dette tilbudet anvendes brukermedvirkning som en sentral del av tilnæringsmåten og verktøyet KOR (Klient- og resultatstyrt praksis) benyttes fra første møte.

3.4 Verdier og visjoner for ”Familiehjelpas” arbeid

Deltakerne i ”Familiehjelpa” ønsket å legge vekt på folkehelseperspektivet og i særlig grad nå fram for å styrke de mest vanskelige familiene. De ønsket å ha ”en dør inn” og et sted brukerne kunne føle seg velkomne og ha et eierskap til, også for de som kommer fra andre land og kulturer. ”Familiehjelpa” måtte være lett tilgjengelig og gi rett hjelp til rett tid. De ønsket at ”Familiehjelpa” skulle bli godt kjent blant både innbyggere og samarbeidspartnere og ha et godt ord på seg. Den skulle gi håp og stimulere til økt fokus på mestring og positiv psykologi i og utenfor tjenesten (Løken 2011).

Deltakerne i ”Familiehjelpa” så på aktiv og reell brukermedvirkning, en myndiggjørende tilnæringsmåte og positive holdninger preget av anerkjennelse og respekt, som en grunnleggende forutsetning for å gi folk hjelp som bidrar til en endring. ”Familiehjelpa” skulle kunne vise gode, målbare resultater.

”Familiehjelpa” ønsket også å være et forum for nytenkning, ideutvikling og prosjektarbeid på området ”barn og familier” og derved en ressurs for alle ansatte og brukere i Stange. Den

skulle ha bred kompetanse og evne og vilje til å dele med andre. Fagkompetanse og brukerkompetanse er like viktig for utviklingen av et godt tjenestetilbud.

3.5 Spredning og implementering

Etter at virksomhetsleder, prosjektleder og faglig leder deltok på en rekke møter både med politikere, ledere, tjenesteutøvere og samarbeidspartnerne, fikk modellen en god mottakelse og informasjon om det nye prosjektet har spredd seg til resten av tjenestene.

Modellen er enkel og krever ingen nye investeringer. Den har også et klart og tydelig verdigrunnlag knyttet til samarbeid med brukere, pårørende og samarbeidspartnerne (Løken 2011). ”Familiehjelpa” er en modell hvor samarbeidet settes i system og tydeliggjøres.

I diskusjonene med samarbeidspartnerne har det framkommet at mange, spesielt fastlegene, har uttrykt en frustrasjon over et kommunalt hjelpeapparat som de opplevde som uoversiktlig. De påpeker at det både er vanskelig å få en oversikt over hvem som har ansvar for de forskjellige sakene, hvilke tiltak som blir iverksatt og tilbakemeldinger på gjennomførte og avsluttede saker. Det ble derfor etablert bedre prosedyrer i forhold til faste rutiner på tilbakemelding til fastlegene om tiltak og resultater.

Modellen skulle først prøves ut som et ett-årig pilotprosjekt. Resultatet vurdert som positivt og modellen er i dag implementert som Stange kommunes tverrfaglig samarbeidsmodell. Modellen ble evaluert og justert i trå med tilbakemeldinger fra brukere, deltagere og samarbeidspartnerne.

3.6 Metoder i arbeidet

For å sikre kvalitet og enhetlig praksis i arbeid for utsatte barn og unge er det vedtatt at kommunens fagfolk benytter verktøy som Klient- og resultatstyrt praksis (KOR), individuell plan, arenaer for felles refleksjon og læring for fagfolk, samt at nettverksmøter skal innføres

etter hvert. Dette skal bidra til god brukermedvirkning, treffsikre tiltak og samordning av tjenester for målgruppa.

3.6.1 Lavterskeltilbud

Dette er en tjeneste som tilbyr sekundær forebyggende tiltak, der målet er å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Tiltakene er rettet mot definerte grupper, barn, unge eller familier som oppfattes å være i risiko for å utvikle psykiske problemer eller andre problemer. Tjenesten er lett tilgjengelig ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at den tilbys uten venting og lang saksbehandling (NOU 2009:22 s.79).

3.6.2 Brukermedvirkning

Prosjektet har lagt stor vekt på brukermedvirkning som er en kvalitetssikring av helse- og sosialtjenester, både på individ- og systemnivå. Deltagerne setter fokus på et likeverdig samarbeid med familier som søker hjelp og er en grunnleggende forutsetning for kvalitet i tilbudene til utsatte barn og unge og deres familier.

Tjenestene i Stange kommune som barnevernet, helsestasjon, avdeling psykisk helse og ergo- og fysioterapitjenesten startet med å prøve ut bruken av Klient- og resultatstyrt praksis (KOR). Tilnærmingen tar utgangspunkt i at man skal benytte tilbakemeldinger fra brukerne for å gjøre tjenestene mer effektive og mer tilpasset brukernes behov.

Metoden omfatter to måleskalaer som fungerer som et verktøy for å stimulere fagpersoner til å diskutere åpent med brukerne om tjenestene de har fått er tilpasset og har effekt etter oppsatt mål. Brukernes stemme blir en kilde til kunnskap og bedre løsninger. Denne praksisen har vist seg å være bra, fordi den involverer brukerne til aktivt samarbeid for å forbedre resultater av de tjenestene som tilbys. KOR sikrer brukermedvirkning i tjenestene når det gjelder planlegging, utføring og evaluering, fordi hjelperne hele tiden innhenter pålitelige og valide tilbakemeldinger fra brukerne på relasjonen til terapeuten og på om det skjer framgang i behandlingen eller tilbudet som blir gitt (Duncan og Sparks 2008 i Løken 2011).

I Stange brukes KOR av alle som jobber i "Familiehjelpa". KOR er en del av metodikken som alle er pålagt å bruke. KOR- skalaene brukes som grunnlag for refleksjon over hvordan

hjelpetiltakene fungerer og hva som eventuelt bør endres. Endringsskalaene tydeliggjør også når målet er nådd og om behandlingen kan avsluttes.

3.6.3 Individuell plan og personlig koordinator

Tidligere i kapittel 2.3.3 har jeg allerede redegjort for individuell plan som er et hensiktsmessig verktøy som fremmer brukermedvirkning.

Det er stor tro i Stange kommune på det at IP blir et enklere og mer hensiktsmessig verktøy å bruke og ikke minst at brukeren selv blir den tydelige hovedpersonen i samarbeidet.

Hovedmålet for planen dreier seg om brukerens liv. Deretter må målene for de ulike tjenestene tilpasses dette. Bruk av IP på denne måten tvinger fagfolk til å bruke felles språk, et folkelig språk.

Løken (2011) skriver: ”Det ligger mye makt i bruk av språk. Når fagfolk tvinges til å bruke et hverdagslig språk, utlignes maktforskjellene og brukeren kan i større grad bli hovedperson i samarbeidet”.

Erfaringene viser at flere av de individuelle planene utarbeides av en ansvarsgruppe. Stange kommune har ikke detaljert oversikt over hvor mange individuelle planer som er aktivt i bruk, men tallet er økende.

Det er en stor utfordring å få fagfolk til å ta på seg oppgaven med å være personlig koordinator. Mange ser ikke på denne oppgaven som del av den ordinære jobben, men noe som kommer i tillegg til de pålagte arbeidsoppgavene. Derfor trengs det bedre opplæring og bedre ansvarsfordeling slik at personlig koordinator ikke blir sittende med hele jobben alene.

3.6.4 Nettverksmøte

Nettverksmøte er beskrevet som et supplement til tradisjonelle og etablerte hjelpetiltak og intervensjonsmetoder, i tråd med prinsippene for ”Den åpne dialogen” (Jakko Seikkula). Dette setter brukeren som er en kompetansebærer av sitt eget liv i sentrum og skaper grunnlag for medansvar og samarbeid. Nettverksmøte innebærer involvering og samarbeid mellom brukeren og vedkommendes profesjonelle og private nettverk (www.hig.no).

3.7 Erfaringer og oppdagelser som ble gjort underveis

Prosjektrapporten ”Sammen for barn og unge i Stange” viser at i løpet av det første året, har ”Familiehjelpa” hatt kontakt med hele 37 familier. Henvendelsene har kommet direkte fra foreldre og offentlige instanser som Helsestasjon, Barneverntjenesten, barnehager, Avdeling psykisk helse, DPS, HIPPT og fastleger.

17 saker er avsluttet og 4 av disse ble avsluttet etter en telefonsamtale. For de resterende 13 var det gjennomsnittlig 5 konsultasjoner. Hele 22 saker har tjenester fra flere instanser (60%), 14 har tjenester fra NAV (38%), 10 har eller har hatt kontakt med barneverntjenesten (27%), og har eller har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten (BUP/DPS/Sanderud) (24%).

KOR ble brukt med 11 familier. I to av sakene ble det glemt. Totalt har 16 personer fylt ut skalaene. I 9 av familiene fulgte man foreldrenes endringsgraf og i 2 av familiene, barnas endringsgraf. I de fleste sakene er det foreldrene som har hatt problemer og man tenker at man ved å hjelpe de voksne, også hjelper barna. I to av sakene var det barna som hadde adferdsproblemer og som derfor fikk tiltak rettet mot seg.

I rapporten presenteres det at av de seks som ikke hadde behov for videre tjenester, opplevde alle signifikant bedring. De to som fikk videre oppfølging av barneverntjenesten og avdeling psykisk helse, opplevde også signifikant bedring. To personer opplevde å bli verre selv om de fikk koordinert hjelp på 1.linje nivå i trå med hva de selv mente de hadde behov for. KOR skalaene har bidratt i disse tilfellene til å tydeliggjøre brukernes behov for behandling, utover det tilbudet som kan gis på 1.linje nivå. Begge ble henvist til spesialisert behandling i psykisk helsevern.

På tross av at mange av familien hadde behov for koordinerte tjenester, har ingen familier hatt en velfungerende IP. Det ble oppdaget at familiene som ”Familiehjelpa” har hatt kontakt med har et stort behov for IP, ansvarsgruppe og personlig koordinator. Det vil si at kommunen har en viktig oppgave å forbedre seg i samordning og koordinering av tjenester.

Det har vært foretatt en muntlig gjennomgang av hvordan deltakerne i ”Familiehjelpa” har opplevd samarbeidet i pilotprosjektet. Alle gav uttrykk for at de hadde opplevd det spennende og inspirerende å jobbe sammen i et tverrfaglig team.

Deltagerne sa at det har vært nyttig å samarbeide med andre yrkesgrupper, og se ting fra forskjellige synsvinkler. De har også påpekt at det er positivt å ha tid til å drøfte og reflektere sakene, og at man kan tilegne seg ny kunnskap som kan nyttes i egen tjeneste. De mente at systematisk og målrettet samarbeid er viktig. En fra barneverntjenesten som deltok i prosjektet formidlet at det er et håp om at flere familier må få hjelp gjennom ”Familiehjelpa”, uten at saken behøvde å komme til barneverntjenesten. Deltagelse av eksterne samarbeidspartnere, hvor de bidro med sin kunnskap, ble sett på som positivt. Det ble påpekt viktigheten av stabilitet, faglig og personlig, trygghet for å kunne jobbe godt og dynamisk sammen.

Det ble framhevet at bruk av KOR er positivt fordi KOR fokuserer på å kartlegge hvilke tiltak som etterspørres, i stedet for bare å bestemme over de involverte parter med allerede vedtatte tiltak.

3.8 Hvilken hjelp som hjelper?

Ut i fra erfaringene som ble gjort av ”Familiehjelpa”, ser man at det familiene trenger først og fremst er et godt samarbeid og ikke mer spesialisert individuell behandling. De ulike tjenestene og fagpersonene jobber som regel på hver sin måte ut i fra retningslinjer som er pålagt for å hjelpe familiene. Det store spekteret av hjelpeapparatet kan virke uoversiktlig og forvirrende for brukeren og følgelig gi lite effektiv hjelp. Som Løken (2011) skriver: ”Å jobbe innenfor eget tjenesteområde er trygt og godt for fagfolk. Når de skal samarbeide med andre faggrupper, betyr det ofte å utfordre denne tryggheten”.

De fleste tjenestene er gode på å definere hva man har ansvar for, hva man skal jobbe med og hva andre må ta ansvar for. God samhandling må ta utgangspunkt i oppgavene man skal løse i fellesskap. For å hjelpe folk på en helhetlig og god måte, må man gå utenfor sin egen

komfortsone og det som er vårt primære ansvarsområde. Individuell plan er et verktøy som kan bidra til dette og som man derfor bør være gode på, på tvers av fag, tjenester og forvaltningsnivåer (Løken 2011).

Man kan ofte se at mange familier har behov for hjelp fra flere instanser og mange fagpersoner kan være involvert. Det første som kan gjøres for å gi god hjelp er å etablere en felles forståelse av situasjonen og hva som vil kunne være til hjelp, inkludert familiens og nettverkets oppfattelse av situasjonen.

Videre bør hjelpen gis på en slik måte at folk kan gjenvinne sin selvrespekt og ta ansvar for sitt eget liv. En ikke-dømmende holdning og reell brukermedvirkning kan være nøkkelen til dette (Løken 2011).

Man kan stille spørsmål hvorfor det er så avgjørende viktig at hjelpeapparatet bør være så gode på brukermedvirkning. Svaret kan man finne i noen mekanismer som knyttes til *makt* og *avmakt*.

Anna Luise Kirkengen (2009) skriver i sin bok ”Hvordan krenkede barn blir syke voksne” om hvordan krenkelser i barndommen og oppveksten setter spor i kropp og sjel og fører til stor risiko for somatisk og/eller psykisk sykdom og helseplager i voksen alder.

Ut i fra disse påvisninger kan man anta at dersom en har vært krenket som barn medfører det stor risiko for å bli krenket som voksen. Det kan overføres videre til neste generasjon og deretter til neste generasjon slik at de skadede jentene ofte blir skadede mødre, som får barn som igjen blir skadet.

Hjelpeapparatet har en oppgave i å være oppmerksom på denne ”onde sirkelen” og prøve å bryte den. Krenkelser i barndom, oppvekst og voksenliv bidrar til en opplevelse av avmakt eller hjelpeløshet som gjør at det kan være vanskelig å ta en aktiv rolle i eget liv.

Avmaktsfølelsen kan forsterkes i møte med hjelpeapparatets ulike systemer, byråkratiske hindringer og en ekspertkultur som vet hva som er best for folk (Løken 2011).

Vatne (1998) skriver i utgangspunkt i Habermas (1984) at møte mellom tjenesteutøver og tjenestemottaker kan sies å være møte mellom *livsverden* og *systemverden*.

Livsverden tilsvarer vår grunnleggende virkelighet og danner utgangspunktet for en felles oppfatning og forståelse av bestemte forholdt i hverdagen. Et brukerperspektiv baserer seg på det at de som deltar i en samhandling gjennom dialog og samvær kan dele oppfatninger fra felles eller ulike livsverdener.

Systemverden omfatter de situasjoner eller områder hvor den instrumentelle fornuften er dominerende. Handlinger i systemverden begrunnes i forhold til hva som er effektivt og nyttig i den gjeldende situasjonen. I noen tilfeller kan systemverdenen med sin effektivitet og kontroll gripe inn i livsverden og prøve å ta over og invadere de mest sentrale verdiene som livsverden representerer. For eksempel i en behandlingsprosess kan den profesjonelles oppfatninger og verdier blir styrende overfor brukerens og vil påvirke behandlingen.

Brukermedvirkning dreier seg om å møte folk med anerkjennelse og respekt. For å hjelpe et annet menneske må man først og fremst ta utgangspunkt i livsverden og *forstå det han forstår, ellers hjelper terapeuten sin medforståelse ham ikke*. Dette er som kjent hemmeligheten i all hjelpekunst (Løken 2011).

KOR og IP er gode verktøy som kan hjelpe folk med å gjenoppta ansvaret for sitt eget liv. Men ingen verktøy virker, dersom de involverte ikke besitter en grunnleggende holdning og motivasjon for endring.

3.9 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg presentert ”Familiehjelpa”, som er et lavterskeltilbud som har vært et forsøksprosjekt i Stange kommune. På nåværende tidspunkt er ”Familiehjelpa” implementert som kommunens tverrfaglige samarbeidsmodell. I denne delen av oppgaven har jeg gitt en oversikt over struktur, organisering, verdier, metoder og verktøy som ble brukt i ”Familiehjelpa”. Denne oversikten gir et innblikk i hvilke strategier som ble utarbeidet i Stange kommune for å utføre et godt forebyggende arbeid.

I kapittel 5 presenteres funnene av undersøkelsen som ble gjennomført i forbindelse med erfaringene som ble gjort av de samarbeidende instanser i løpet av det første året tilbudet har eksistert.

4 Metode

4.1 Innledning

I dette kapitlet skal jeg først redegjøre for metodiske valg og de forskningsmål som er reist ut i fra oppgavens problemstilling. Deretter begrunner jeg framgangsmåten, som skal belyse tema og problemstilling. Bearbeiding av resultatene og forskningsetiske overveielser belyses videre. Til slutt behandler jeg validitet og reliabilitet knyttet til denne oppgaven.

Formålet med undersøkelsen var å finne svar på problemstillingen:

Hvordan kan "Familiehjelpa", en samordning av tjenester for utsatte barn og unge, forstås som et ledd i kommunens forebyggende arbeid.

Hvordan fungerer tiltaket fra samarbeidspartnerens ståsted?

Denne oppgaven har følgende forskningsmål som jeg gjennom denne undersøkelse skal finne svar på:

- *Hva tenker samarbeidspartnerne til "Familiehjelpa" som jobber primært med barn og småbarnsfamilier, om forebygging og tverrfaglig samarbeid i kommunen?*
- *Ut i fra samarbeidspartnerens oppfatning, hvordan kan lavterskeltilbudet bidra til at hjelpen kommer tidlig inn? Hvordan kan det bli enklere for brukerne å henvende seg til hjelpeapparatet?*
- *Har samarbeidspartnerne kjennskap til lavterskeltilbudet "Familiehjelpa"? Har de fått nok informasjon om det?*
- *Hvilke fordeler og ulemper finner samarbeidspartnerne med tilbudet?*
- *I hvilken grad opplever samarbeidspartnerne at brukere får mulighet til å påvirke eller bestemme i sin egen sak. Hva tenker samarbeidspartnerne om brukervedvirkning?*

4.2 Forskningsmetode

Det er vanlig innenfor samfunnsvitenskapen å skille mellom kvantitative og kvalitative metoder. Tove Thagaard (2003:16) beskriver skillet mellom kvalitative og kvantitative metoder med at kvalitative metoder søker å gå i dybden og vektlegger betydning, mens kvantitative metoder vektlegger utbredelse og tall. Asbjørn Johannesen og Per-Arne Tufte (2010:75) påpeker at det ikke nødvendigvis er et klart skille mellom metodene. Det dreier seg om forskjellige tilnærminger eller teknikker å samle data på, som gir forskjellig informasjon. Johannesen og Tufte (2010) mener at forskjellen mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger, i stor grad kan tilskrives at det arbeides med forskjellige typer data, og at tilnærmingmåtene gjerne kan kombineres i et samme forskningsprosjekt.

I planleggingsfasen har jeg lenge tenkt på hvilken framgangsmåte jeg skal velge for å belyse tema og problemstilling. Valget mitt falt på en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ undersøkelse.

Kvantitativ undersøkelse ble først gjennomført i form av et spørreskjema til samarbeidspartnere til "Familiehjelpa". Etter at alle svarene var samlet inn, ble den kvalitative delen av undersøkelsen gjennomført.

Det måtte også tas stilling til hvordan kunnskapen skulle analyseres. I første omgang ble innsamlet data brukt til å utarbeide tabeller for å illustrere tallmessige og prosentvise fordelinger. Disse dataene ble deretter tolket og analysert. Fortolkningen av disse understøttes av svarene fra intervjuene.

4.3 Utvalg

I denne studien er det blitt brukt en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ undersøkelse. Derfor ble det samlet inn data fra to utvalg. Et uvalg for gjennomføring av spørreundersøkelsen og et utvalg for intervjuundersøkelsen.

4.3.1 Utvalg for spørreundersøkelse

Utvalget til denne studien har vært ansatte i fem tjenester i Stange kommune. Valg av informanter falt på ansatte i tjenester som jobber primært med barn og unge og deres familier. Disse kunne gi interessant informasjon relatert til problemstillingen.

I denne undersøkelsen valgte jeg å sette fokus bare på de interne samarbeidspartnerne til ”Familiehjelpa”. Tjenestene som deltok i denne undersøkelsen var barneverntjenesten, helsestasjon, barnehagene, flyktningtjenesten og avdeling for psykisk helse. Jeg hadde forventninger om å få et utvalg på mellom 80 og 100 informanter, som skulle delta i undersøkelsen.

Rekrutteringen av informanter har skjedd gjennom kontakt med ledere for disse tjenestene. Virksomhetsleder for avdeling ”Barn og familie”, som er ”Familiehjelpas” prosjekteier, har vært i kontakt med disse tjenestene og har bedt om tillatelse til å gjennomføre denne undersøkelsen. Jeg har fått samtykke fra avdelingsledere, samt lister med navn og e-mailadresser. Spørreskjema ble sendt ut til alle ansatte i disse tjenestene. De som har svart på spørreskjemaet dannet utvalget.

4.3.2 Utvalg for intervjuundersøkelse

Etter at resultatene av spørreundersøkelsen ble samlet inn, fikk man se at det var behov for en oppfølgingsundersøkelse. Denne skulle supplere de svarene som informantene hadde gitt i spørreundersøkelsen. Derfor ble intervjuundersøkelsen tatt i etterkant, september 2012.

Utvalget av informanter ble gjort tilfeldig. Jeg tok kontakt med potensielle informanter pr. telefon med forespørsel om de kunne stille til intervju. Jeg henvendte meg til flere i hver tjeneste. De første som ble kontaktet og sa seg villig til å delta i undersøkelsen, ble et utvalg.

Det ble valgt ut 6 informanter som representerte forskjellige tjenester: en informant var fra helsestasjon, to fra barneverntjenesten og tre fra barnehagene. Informantene fra barnehagene var lokalisert på forskjellige geografiske steder i kommunen. Årsaken til at jeg valgte disse

tjenestene var ikke tilfeldig. De har på en positiv måte vist størst interesse for pilotprosjektet ”Familiehjelpa”.

4.4 Innsamling av data

For å samle inn data har jeg brukt QuestBack. QuestBack er et verktøy for spørreundersøkelser, som jeg finner har vært meget tidsbesparende og brukervennlig. QuestBack setter sikkerhet i høyetet for å beskytte respondentens personvern(www.questback.no).

Alle opplysningene som har kommet inn ble behandlet konfidensielt. Studien ble meldt til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (vedlegg 1).

Etter at spørreundersøkelsen ble godkjent av ledere, sendte jeg et informasjonsskriv med detaljert informasjon om prosjektet og formålet med undersøkelsen til alle ansatte i de fem tjenester i Stange kommune (vedlegg 3). Jeg informerte respondentene om at alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Det ble også understreket at det er frivillig å delta i evalueringen av prosjektet ”Familiehjelpa”. Respondentene har fått min e-mail og telefonnummer for å ta kontakt ved spørsmål og kommentarer.

4.4.1 Spørreundersøkelse og svarprosent

Spørsmålene i spørreskjemaet ble formulert på en slik måte at de kunne belyse problemstillingen. Jeg har vært veldig opptatt av å stille mest mulig konkrete spørsmål, for å gjøre det lettere for de som svarer.

Spørreundersøkelsen inneholdt 17 lukkede spørsmål med oppgitte svaralternativer og 3 åpne spørsmål som kunne gi litt mer utfyllende informasjon. Spørreskjemaet ble utformet slik at det ikke skulle ta for lang tid å fylle det ut.

Undersøkelsen ble gjennomført i perioden mellom den 24.06.2011 og den 08.07.2011. Spørreskjemaet ble sendt ut til 86 respondenter på e-mail ved hjelp av QuestBack. Måten å besvare spørreskjemaet på var enkel ved å åpne e-mailen og klikke på www.questback.no linken. Linken var aktiv i to uker. Det ble sendt en påminnelse om evalueringen uka etter undersøkelsen var i gang.

Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) hevder at det er vanlig å sende puring til dem som ikke har svart. Dette fordi det er svært sjelden at alle respondentene returnerer spørreskjemaet innen fristen.

Etter at alle svar ble samlet inn, viste det seg at det var bare 34 av 86 som svarte. Det vil si at svarresponsen var under 50 prosent av hele utvalget. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) påpeker at de siste årene har imidlertid svarresponsen i spørreundersøkelser vært fallende. Det er svært sjelden at utvalgsundersøkelser får høy svarrespons, det vil si 80-90 prosent. Det er nok mer vanlig at 30-40 prosent av respondentene svarer. Hvis man får mer enn 50 prosent så er det en bra svarrespons. Samtidig er det svært viktig å tilrettelegge undersøkelsen slik at bortfallet blir minst mulig.

Grunnen til at svarprosenten har vært så lav, kan skyldes at den ble sendt ut i forbindelse med sommerferien. Senere har jeg også fått tilbakemeldinger på at mange trodde at e-mail fra meg var en "spam" som de ikke turte å åpne. Dette kan bl.a. skyldes at folk i vår travle arbeidsdag ikke har lest godt nok informasjonsbrevet om undersøkelsen, hvor det var informasjon om fra hvilken e-mail adresse spørreskjema skulle sendes ut.

Etter en drøftingsrunde både med min veileder og prosjektansvarlige, bestemte vi oss for et forsøk til og sendte ut spørreskjemaet etter at folk ble ferdig med sommerferien.

Jeg har sendt nytt informasjonsbrev til hele utvalget om en ny evalueringsrunde. I det brevet har jeg gjort respondentene oppmerksom på at de som allerede har svart på skjema i forrige utsendelse ikke trengte svare en gang til.

Spørreskjemaet ble sendt ut den 07.09.2011 og var aktivert for svar fram til 21.09.2011. Denne gangen samlet vi flere svar. 60 av 86 respondenter besvarte spørreskjemaet som

tilsvarer et utvalg på ca 70% som er stort nok. Alle fem tjenester har besvart. Det er flere enn en fra hver tjeneste som har besvært. Det gir grunnlag for å anta at de som har svart, representerer holdningene i sine tjenester.

4.4.2 Utvikling av intervjuguide/spørsmål og gjennomføring av intervju

Det finnes ingen hovedregel for hvordan et kvalitativt intervju bør struktureres (Kvale 1997). En intervjuguide ble utarbeidet og sendt elektronisk på email til informantene før intervjuene ble gjennomført (vedlegg 5). Intervjuguidene for denne undersøkelsen ble laget for å bidra til å holde oversikt over hvilke tema og spørsmål som skulle stilles i løpet av intervjuet.

Utformingen av intervjuguidene til de ulike tjenester ble utviklet ut i fra svarene som informantene oppga i spørreundersøkelsen. Målsetting ved gjennomføring av intervjuet i min undersøkelse, var å utdype innholdet i svarene som tidligere ble oppgitt i spørreundersøkelsen. Derfor var spørsmålene tilpasset hver enkelt tjeneste. Jeg lagde en intervjuguid for barnehagene, en for helsestasjon og en for barneverntjenesten for å få tilpasset spørsmålene til informasjonen som var ønskelig å innhente.

For at respondentene skulle forstå hva det ble spurt om, ble spørsmålene i intervjuguidene utformet på enklest mulig måte (Jacobsen 2005, Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2004, Thuren 2009). Intervjuguidene inneholdt noen få åpne spørsmål og ble laget som et utgangspunkt for samtaler. Selv om spørsmålene i intervjuguidene ble fulgt nøye, var det også nødvendig å stille kontroll- og oppfølgingsspørsmål. Repstad (2007) påpeker at ferdig programmerte spørsmål kan virke passiviserende. Jeg lot informantene snakke noen ganger, slik at de gikk utover temaet, selv om det ikke var relatert til denne undersøkelsen. Dette tolket jeg som utvidelse av mine kunnskaper, selv om denne informasjonen ikke danner grunnlag for å bli analysert.

Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassene til informantene. Jeg benyttet meg av lydopptak under alle intervjuene. Alle informantene fikk på forhånd informasjon om dette i en skriftlig henvendelse. Kun en informant protesterte på at intervjuet skulle tas opp på bånd. I dette konkrete tilfellet forklarte jeg informanten at undersøkelsen var konfidensiell og

opptaket ville bli slettet etter at dataene var blitt skrevet ned og anonymisert. Da sa informanten ”Ja” til bruk av båndopptaker. Tidsrammen for intervjuene var på 40 til 50 minutter.

I selve intervjuene fulgte jeg intervjuguiden, men det var også naturlig å stille oppfølgingsspørsmål eller be om utdypende forklaringer.

4.5 Bearbeiding av resultatene

Resultatene som jeg har fått i forbindelse med spørreundersøkelsen ble overført fra Questback inn i Excel-skjema for å få en bedre oversikt over svarene. Videre har jeg benyttet meg av SPSS for å sammenligne og analysere data. Å analysere betyr å dele noe opp i biter eller elementer (Kvale 1997). Svarene fra spørreundersøkelsen blir framstilt i krysstabeller og diagrammer.

Svarene fra intervjuene ble transkribert. Jeg skrev svarene inn i intervjuuskjema og transkriberte de i en skriftlig stil uten å miste selve innholdet.

Etter at alle svarene ble samlet inn, begynte arbeidet med kategorisering og fortolkning av datamaterialet.

Fortolkningen av innhentende data vil bli presentert i neste kapitlet.

4.6 Forskningsetiske overveielser

Kvale (1997) skiller mellom 3 etiske kriterier for forskning, som man legger vekt på i forholdet mellom forsker og respondent. Det er et informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser.

Et informert samtykke handler om at det er frivillig for respondenten å delta i undersøkelsen. Det er viktig at respondenten har forståelse for undersøkelsens hensikt og hvordan informasjonen skal benyttes.

Konfidensialitet er retten til ikke å bli identifisert i undersøkelsen. Alle opplysningene må være konfidensielle, og notater og lydopptak osv bør destrueres etter bruk (Jacobsen 2005).

Konsekvenser med en undersøkelse dreier seg om at respondenten bør ha en forståelse av hvilke negative eller positive konsekvenser undersøkelsen kan føre med seg.

I denne undersøkelsen mener jeg at alle disse kriteriene er ivaretatt. Jeg har fått godkjenning for gjennomføring av dette prosjektet av avdelingsledere. Alle respondentene har mottatt et informasjonsskriv med informasjon om konfidensialitet, frivillig deltagelse, formålet med undersøkelsen og hvordan informasjonen skulle brukes (vedlegg 3). Dette har jeg allerede redegjort for ovenfor.

Personvernombudet ga tilbakemelding om at behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven (vedlegg 1).

Kravet om korrekt oppbevaring av konfidensielle opplysninger, anonymisering og sletting av data, mener jeg er ivaretatt. Det er kun meg og min veileder som har hatt tilgang til datamaterialet i forbindelse med veiledning på oppgaven.

Jeg har stor respekt som forsker for å behandle de opplysningene som jeg har fått og hvordan datamaterialet skal brukes videre. Jeg mener at det er svært viktig å være bevisst rundt makten som forskningsprosess innebærer og ikke glemme å ta på alvor de kravene som forskningen stiller.

4.7 Min rolle som forsker

Intensjonen med denne studien var å produsere kunnskap innenfor helse- og sosialfaglig arbeid, som også kan benyttes i dette feltet. Jeg har god kjennskap til feltet, Stange kommune og fenomener som det forskes på i denne studien. Jeg vurderte det som en fordel at feltet er kjent for meg fra før og at jeg skulle forske på kommunen som jeg jobber i. Dette gjorde det i større grad enklere for meg å plukke ut informanter og stille spørsmål som var relevante og som skulle gi verdifull informasjon.

Samtidig var jeg klar over at noen av informantene kjente meg fra før som yrkesutøver og at jeg kunne havne i en form for rollekonflikt. I informasjonsbrevet som ble sendt ut til alle

informantene, valgte jeg ikke å skrive om min yrkesrolle i kommunen. Informasjon om at jeg arbeider i barneverntjenesten, kunne skape forutinntatte meninger og kunne påvirke informantenes svar. I informasjonsbrevet til informantene presenterte jeg meg selv som student ved Høgskolen på Lillehammer og orienterte om at jeg arbeidet med min masteroppgave.

Jeg ser ikke bort fra at det i intervjusituasjonene kan ha vært en ulempe at jeg jobber i kommunen. Jeg kan for eksempel ha tatt for gitt en del informasjon, som har kommet fram i intervjuene og har ikke bedt informantene om å utdype enkelte svar, som videre kunne ha gitt nyttig informasjon.

Informantene hadde mulighet til å svare anonymt på spørreskjemaet, men ikke alle har benyttet seg av det. Det vil si at det hadde lite betydning for informantene at jeg kunne gjenkjenne hvem som har svart hva.

4.8 Validitet og reliabilitet

Det er nødvendig å se nærmere på de vitenskapelige kriteriene som reliabilitet og validitet er oppfylt i denne undersøkelsen. Jeg vil gå inn på disse kriteriene og beskrive hvordan de forstås i min oppgave.

Reliabilitet handler om dataens pålitelighet. Det vil si hvordan data samles inn, hvordan de brukes og hvordan de bearbeides. Reliabilitet knyttet til hvordan respondentene svarer på spørsmålene - altså hvis andre spurte dem igjen, ville de svare det samme. Ved gjennomføring av spørreundersøkelsen ble spørreskjemaet utfylt elektronisk. Det vil si at forskeren hadde ingen innflytelse på respondentenes svar som kjennetegner dataens pålitelighet.

Bruk av lydopptaker under intervjuene bidro til at det var mulig å kontrollere den innhentede informasjonen flere ganger, ved at det var mulig å lytte til lydbåndet i ettertid. I prinsippet er denne informasjonen tilgjengelig for de som ble intervjuet.

Validitet betyr gyldighet. Det handler om å sikre seg at man undersøker det man virkelig skal undersøke. Jeg har vært bevisst på utforming av spørsmål i denne undersøkelsen og har stilt konkrete spørsmål, slik at de skulle vært relevante i forholdt til undersøkelsens problemstilling. Validitet handler både om å ha et utvalg informanter som er troverdige og kvaliteten på intervjuene (Kvale, 1997). Utvalg av informanter ble gjort av meg med utgangspunkt i at intervjuobjektene hadde kunnskap og erfaring i de temaene som skulle undersøkes. Kvale (1997) påpeker at å validere som håndverksmessig validitet er å kontrollere, stille spørsmål og teoretisere. Gjennom hele intervjuprosessen var jeg veldig bevisst på å stille oppfølgingsspørsmål, for å redusere feilkilder gjennom egne tolkninger. Gjennom bruk av en lydopptaker har jeg sikret at informantene blir referert korrekt, noe som vil sikre dataens validitet.

4.9 *Generalisering*

Målet med undersøkelsen var å få fram hvordan lavtreskeltilbudet ”Familiehjelpe” ble oppfattet i kommunale tjenester. Innsamlede data kan ikke generaliseres ut til andre kommuner. Men man kan anta at de samme holdningene også kan forekomme andre steder.

4.10 *Oppsummering*

I dette kapitlet ble det redegjort for valg av metoder som ble benyttet til å belyse oppgavens problemstilling. Oppgavens forskningsmål og fremgangsmåte for undersøkelsen ble presentert. Jeg har redegjort for valg og rekruttering av informanter. Utvalget i denne undersøkelsen var ansatte av fem tjenester i Stange kommune. Data ble innhentet ved et spørreskjema og intervjuguider som ble utarbeidet av meg. I første omgang ble verktøyet QuestBack benyttet for innsamling av data. Videre ble det for å understøtte svarene fra spørreundersøkelsen og utdype innholdet i svarene, gjennomført 6 intervjuer med informanter som har svart på spørreskjema. Data ble videre analysert og tolket ved hjelp av krystabeller, diagrammer og kategorier. De vitenskapelige kriteriene validitet og reliabilitet ble belyst. Det ble sett på hvordan undersøkelsen vurderes i forhold til disse kriteriene.

Alle kravene om innhenting og oppbevaring av opplysninger som forskningen stiller er ivaretatt. Resultatene som har kommet fram i undersøkelsen skal presenteres i neste kapitlet.

5 Presentasjon av innhentede data

5.1 Innledning

I dette kapitlet presenterer jeg datamateriell som ble samlet inn ved en spørreundersøkelse og ved en intervjuundersøkelse.

Det er ikke hensiktsmessig å presentere svarene av de 60 informanter i en fullstendig versjon. For å gi en oversiktlig framstilling er det i denne presentasjonen benyttet en del figurer, diagrammer og tabeller som ble lagd i Excel. Svarene på åpne spørsmål ble systematisert og samlet inn i kategorier og framvist i figurer. Tekst (i kursiv) hentet fra intervjuer ble flettet inn for å understøtte svarene og utdype innholdet i svarene fra spørreundersøkelsen.

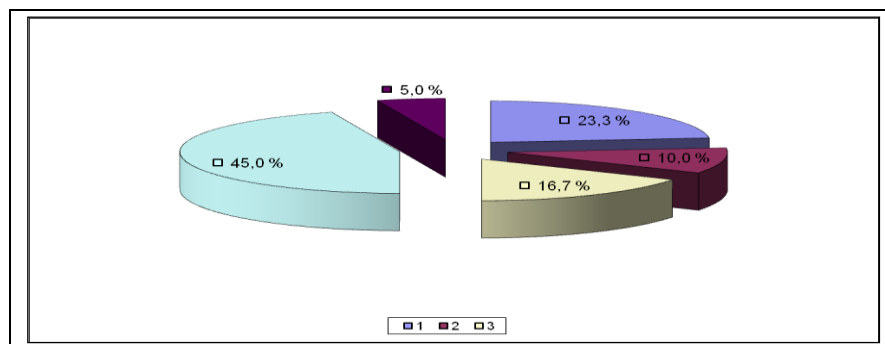
Presentasjonen av innhentede data blir framstilt ifølge forskningsmål som ble satt opp for å finne svar på oppgavens problemstilling.

I dette kapitlet blir det presentert forskjeller og likheter i svarene blant ansatte i fem tjenester som jobber med barn og småbarnsfamilier. Informantene i forskjellige tjenester har forskjellige formål og retningslinjer i arbeidet. Derfor vil det prege deres svar og vurderinger i denne undersøkelsen.

5.2 Samarbeidspartnerne til "Familiehjelpa" som deltok i undersøkelsen

Ansatte i fem tjenester deltok i denne spørreundersøkelsen. Fra noen tjenester har det kommet bare noen få svar. Men det var svært viktig at alle tjenestene ble representert. Det var 60 informanter som har stilt opp til spørreundersøkelsen. Figuren nedenfor vil vise i prosent hvordan svarene fordelte seg mellom tjenestene.

Figur 5.2.1 Svarprosent fra samarbeidspartnerne som deltok i undersøkelsen



Barneverntjenesten	1	23,3 %
Flyktningtjenesten	2	10,0 %
Helsestasjon	3	16,7 %
Barnehage	4	45,0 %
Avdeling for psykisk helse	5	5,0 %

Vi kan se **figur 5.2.1** som viser svarprosent fra samarbeidspartnerne som deltok i undersøkelsen. Barnehagene er de som det har kommet flest svar fra. Svarprosenten legger seg på 45,0% som er nesten halvparten av hele utvalget. Men vi må også ha i minne at de har flest ansatte. Videre ser vi barneverntjenesten med 23,3% svar, 16,7% svar fra helsestasjon, 10,0% svar fra flyktningtjenesten og 5,0% svar fra avdeling for psykisk helse.

Denne oversikten over svarprosenten vil gi en oversikt over informanter som svarte på spørreskjema. Den vil også gi informasjon om hvilken tjeneste det har kommet flest svar fra. Denne informasjonen vil være nyttig til å reflektere over svarene som vi videre finner i undersøkelsen.

40% av hele utvalget har benyttet seg av lavterskeltilbud "Familiehjelpa" og 60% har ikke benyttet seg.

I **tabell 9** framkommer det at alle tjenestene har benyttet seg i mer eller mindre grad av dette tilbudet. Av de 40% som benyttet seg av tilbudet kan vi se at halvparten fra helsestasjon (5 av 10) benyttet seg av tilbudet, mange fra barnehagene (10 av 27), en del fra flyktningtjenesten (2 av 6) og noen fra avdeling psykisk helse (2 av 3).

Tabell 9

Har du selv benyttet deg av "Familiehjelpa"?							
		Hvilken tjeneste jobber du i?					Total
		Barnevern-tjenesten	Flyktning-tjenesten	Helse-stasjon	Barne-hage	Avdeling psykisk helse	
	Ja	5	2	5	10	2	24
	Nei	9	4	5	17	1	36
Total		14	6	10	27	3	60

Disse funnene viser at det er under halvparten av utvalget som benyttet seg av dette tilbudet. I intervjuene valgte jeg å stille spørsmål til informantene om det. Informantene svarte at det tar alltid tid å introdusere nye tilbud og prøve dem ut, men de har brukt tilbudet en del. Det har også kommet fram at i starten var ansatte ikke helt sikre på hvem og hvordan dette tilbudet skulle brukes.

En (B) fra barneverntjenesten svarte følgende: "... Vi er vant til at når meldingen kommer hit så er det vi som skal ordne opp i det og så kanskje henviste vi til "Familiehjelpa"...". "Hvis det allerede har kommet en melding hit, så er det allerede for sent med forebyggende tiltak...". "Lov om barneverntjenester handler om tyngre saker og det er mer aktuelt for barneverntjenesten, men tverrfaglig samarbeidet med "Familiehjelpa" er viktig for å vurdere

om det er en barnevernsak eller ikke og for å arbeide med forebyggende barnevern... ". "Det er barnehagene som først bør benytte seg av "Familiehjelpa"...".

Helsestasjonen (F) svarte følgende: *"På helsestasjon er vi vant til å ordne opp selv. Hvis det er noen familier som sliter eller har spesielle utfordringer, så tar den enkelte helsesøster tak i det og har henvist videre til den rette instansen. Så det sitter litt igjen for dem som har jobbet her lenge. De som er nye vil lettere henvende seg til "Familiehjelpa". De ser på "Familiehjelpa som en ressurs..."*

En barnehage (D) svarte følgende: *"Det var vanskelig å få tak i hva vi skulle med "Familiehjelpa". Den er ikke for oss det er for foreldre... Vi har oppfordret alle foreldrene til å bruke "Familiehjelpa" når de har behov. Men vi ser at mange familier reagerer litt når de ser at barnevernet er med. Jeg tror at det fortsatt er litt skummelt..."*

En annen barnehage (E) sa følgende: *" Ut i fra vår erfaring har det vært til hjelp, men samtidig har forholdet mellom barnehage og foreldre blitt dårligere... Hvis vi skal reklamere med noe for foreldrene, så er vi avhengige av å få positive opplevelser. Ved et annet tilfelle har det tatt lang tid siden første henvendelse... tidsperspektivet har vært lengre enn det skulle vært ved et lavterskeltilbud... Derfor er vi fortsatt i en startfase og venter på hva "Familiehjelpa" kan tilby og vi håper at vi får gladmeldinger fra folk. Hvis ikke så blir den ikke benyttet..."*

Oppsummering

Funnene som har kommet fram viser at lavterskeltilbudet "Familiehjelpa" ble benyttet i 40% av samarbeidspartnerne i løpet av det første året. Datamaterialet bekrefter at alle tjenestene som har svart, har benyttet seg av dette tilbudet i større eller mindre grad. Grunnen til at det ikke er så mange som har brukt den, er at det eksisterer en kultur i de forskjellige tjenestene, at de jobber slik de er vant til og er derfor forsiktige med å ta i bruk nye verktøy eller nye tilbud. Noen av dem venter på positive resultater og erfaringer, for å kunne reklamere om "Familiehjelpa" til sine brukere.

5.3 Behov for forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid i kommunen

For å finne svar på spørsmål om forebygging og tverrfaglig samarbeid i kommunen, som vi har stilt i denne undersøkelsen, la oss se tabell 1. Svarene fordelte seg på følgende måte:

Tabell 1

Hvor stort behov mener du det er for forebyggende tiltak i Stange kommune?							
		Hvilken tjeneste jobber du i?					Total
		Barnevern-tjenesten	Flyktning-tjenesten	Helse -stasjon	Barne -hage	Avdeling psykisk helse	
	Litt	0	0	0	1	0	1
	En del	0	0	0	10	0	10
	Mye	5	2	2	9	1	19
	Svært mye	9	4	8	7	2	30
Total		14	6	10	27	3	60

Flertallet fra barneverntjenesten (9 av 14), flyktningtjenesten (4 av 6), helsestasjon (8 av 10) og avdeling for psykisk helse (2 av 3) mener at behovet er ”svært stort”. Flertallet fra barnehagene (10 av 27) mener at det er ”en del” behov for forebyggende tiltak og nesten like mange (9 av 27) mener at det ”mye” og ”svært mye” (7 av 27) behov.

Det ble stilt spørsmål til de som jobber i barnehagene om hvordan de kan forklare forskjeller mellom svarene. Av de 3 som ble spurt svarte alle at de føler at behovet er til stede, men det kan variere ut i fra geografisk beliggenhet. En (C) svarte: ” *Behovet for forebygging kan være*

forskjellig fra barnehage til barnehage, fra området til området... og vil være avhengig av foreldregruppa man har... er det ressurssterke foreldre, eller foreldre med store belastninger... ”. Den andre (D) sier: ” Vi er vant til å favne om våre å jobbe ut i fra det. Barnehagen vår ligger i et gunstig distrikt og vi har foreldre som er ressurssterke og har et godt nettverk. De er vant til å ordne ting selv... vi har ikke hatt spesielle utfordringer”. Den tredje (E) sier: ”I vår barnehage vil vi alltid ha et eller to barn som vi føler har behov for innspill og hjelp til å forebygge en skjev utvikling. Jeg vil tro at alle barnehagene vil ha noen som trenger litt ekstra oppfølging”.

Med å jobbe forebyggende menes det å oppdage problemene på et tidligst mulig stadium, slik at de ikke rekker å utvikle seg til noe større. Derfor valgte jeg å stille spørsmål til utvalget om at lavterskeltilbudet kan bidra til at hjelpeapparatet kommer inn tidlig.

Svarene blir framstilt i **tabell 2**.

Tabell 2

Tror du at lavterskeltilbud kan bidra til at hjelpeapparatet kommer inn tidlig?							
		Hvilken tjeneste jobber du i?					Total
		Barnevern - tjenesten	Flyktning - tjenesten	Helse - stasjon	Barne - hage	Avdeling psykisk helse	
	Ja i stor grad	13	6	10	24	2	55
	I mindre grad	1	0	0	3	1	5
Total		14	6	10	27	3	60

Tabell 2 viser at svarene ”i stor grad” er ganske samstemte blant alle tjenestene. Noen få fra barneverntjenesten (1 av 14), barnehagene (3 av 27) og avdeling for psykisk helse (1 av 3) sier at tilbudet ”i mindre grad” kan bidra til det.

Jeg stilte også spørsmål til respondentene om de samarbeider med andre offentlige instanser.

Tabell 3 viser følgende:

Tabell 3

I arbeidet med familier/brukere har du noe kontakt med andre offentlige instanser utenom din arbeidsplass?							
		Hvilken tjeneste jobber du i?					Total
		Barnevern - tjenesten	Flyktning - tjenesten	Helse - stasjon	Barne - hage	Avdeling psykisk helse	
	0	0	0	0	1	0	1
	Ikke i det hele tatt	0	0	0	1	0	1
	Litt	0	1	3	8	0	12
	En del	4	1	5	14	1	25
	Mye	7	1	1	3	1	13
	Svært mye	3	3	1	0	1	8
	Total	14	6	10	27	3	60

Det er framstilt i tabell 3 at barneverntjenesten har ”mye” (7 av 14) og ”svært mye”(3 av 14) samarbeid med andre instanser. Halvparten fra flyktningtjenesten har ”svært mye” (3 av 6) samarbeid. Helsestasjon (5 av 10) og barnehagene (14 av 27) har ”en del” samarbeid. Svar fra avdeling for psykisk helse fordelte seg likt fra ”svært mye” (1 av 3), ”mye”(1 av 3) til ”en

del" (1 av 3). Vi kan se totalt at 25 av hele utvalget (25 av 60) har "en del" samarbeid med andre offentlige instanser, 13 har "mye" og 8 har "svært mye" samarbeid.

De forskjellene som vi ser i tabellen ble bekreftet i intervjuene på følgende måte.

Barneverntjenesten svarte at de er helt avhengige av å ha et godt samarbeid med andre instanser. Barneverntjenesten (B): *"Vi klarer ikke å få fram en sak hvis vi ikke har godt samarbeid med andre. Det er viktig å få mer en vi-følelse. Den må bli sterkere for de fleste i kommunen. Vi må se på oss som en kommune og ikke mange små tjenester".*

Helsestasjon svarer at de samarbeider en del med andre. I de erfaringene som de har, opplevde de at det både fungerer og ikke fungerer så veldig godt. De påpeker at det er viktig å prate sammen og ikke minst å vite om at andre er involvert.

Helsestasjon (F): *"Samarbeid oppleves både positivt og negativt. Det spørres hvilken instans vi samarbeider med... Hvis man ikke får tilbakemeldinger på henvisninger, så blir det lite samarbeid...". "For å bedre det tverrfaglige samarbeidet trenger vi møtearenaer. Nå har vi fått "Familiehjelpa" og det vil hjelpe til at vi prater mer sammen... Det å møtes i et tverrfaglig fora som "Familiehjelpa", vil gjøre det mye enklere å diskutere og koordinere tjenestene til det beste for brukerne. I stedet for at helsestasjon vet litt, barnevernet vet litt, avdeling psykisk helse og flyktningtjenesten vet litt, så sitter alle på hver sin tue og vet ikke at andre er involvert..."*

Barnehagene har bekreftet at de ikke har så mye kontakt med andre instanser. De samarbeider mye med PPT og henviser til andre instanser ved behov. En barnehage (D) svarer: *"Vi har ikke hatt stort behov i kontakt med andre instanser per dags dato... av og til kan vi løse problemet selv..."*. *"Vi har ofte drøftet saker anonymt på ansvarsgruppemøter..."*. *"Vi har mye kontakt med PPT og habiliteringstjenesten, men ikke med andre instanser. Vi henviser saker der det er behov..."*

En annen barnehage (C) sa: *"Det er en del samarbeid. Det er ikke mange barn som har hatt behov... I tilfeller med pedagogikk så har vi heller brukt PPT..."* *"Vi er så tett på foreldrene. Vi ser dem så ofte og har god kontakt. Det kan være at man er redd for å miste den relasjonen, men slik bør det jo ikke være..."*

I undersøkelsen ble det stilt spørsmål om hvor viktig det er å samarbeide på tvers av fagetatene.

De største tallene i **tabell 4** viser ganske stor enighet mellom tjenestene om at det er ”svært mye” eller veldig viktig å samarbeide på tvers av fagetater.

Tabell 4

Hvor viktig mener du det er å samarbeide på tvers av fagetatene?							
		Hvilken tjeneste jobber du i?					Total
		Barnevern-tjenesten	Flyktning - tjenesten	Helse - stasjon	Barne - hage	Avdeling psykisk helse	
	En del	0	0	0	1	0	1
	Mye	4	0	3	4	0	11
	Svært mye	10	6	7	22	3	48
Total		14	6	10	27	3	60

Oppsummering

Undersøkelsen viser at samarbeidspartnerne til ”Familiehjelpa” mener at det er et stort behov for forebyggende tiltak i Stange kommune. Barnehagene som har svart at det er ”mye” behov og ”en del” behov begrunner det ut fra at behovet kan variere ut i fra det geografiske område barnehagen ligger i og familiene som bor der. Samarbeidspartnerne legger stor vekt på tverrfaglig samarbeid og samarbeider selv i større eller mindre grad med andre instanser. Noen tjenester, slik som for eks. barneverntjenesten, er helt avhengig av et godt samarbeid med andre instanser. Andre, slik som f. eks. barnehagene, sier at de samarbeider tett med PPT og habiliteringstjenesten, men samarbeider med andre ved behov. Det er enstemmig mening om at det er svært viktig at barn og unge får tidlig hjelp før problemene har blitt for store.

5.4 "Familiehjelpa", som er et lavterskeltilbud, kan bidra til at hjelpen kommer inn tidlig og det blir enklere for brukere å henvende seg til hjelpeapparatet

For å finne svar på dette forskningsmålet, valgte jeg å stille spørsmål om hvor ofte samarbeidspartnerne i sin jobb treffer småbarnsfamilier som har behov for ekstra hjelp fra hjelpeapparatet eller behov for koordinering av tiltak fra flere tjenester.

I undersøkelsen framkommer det (se i tabell 5) at barneverntjenesten (11 av 14) og flyktningtjenesten (3 av 6) "ofte" treffer familier i sin jobb som har behov for ekstra hjelp. Helsestasjon (6 av 10) og barnehagene (19 av 27) treffer "noen ganger" familier med behov for ekstra hjelp. Avdeling for psykisk helse har svært "ofte" (1 av 3), "noen ganger"(1 av 3) og "sjelden"(1 av 3).

Tabell 5

Hvor ofte treffer du i din jobb småbarnsfamilier eller barn som har behov for ekstra støtte eller tiltak fra flere tjenester?							
		Hvilken tjeneste jobber du i?					Total
		Barnevern- tjenesten	Flyktning- tjenesten	Helse - stasjon	Barne - hage	Avdeling psykisk helse	
	0	0	0	0	1	0	1
	Ofte	11	3	3	5	1	23
	Noen ganger	2	1	6	19	1	29
	Sjelden	1	2	1	2	1	7
Total		14	6	10	27	3	60

For å finne en sammenheng på hvordan tjenestene svarte, stilte jeg spørsmål til de intervjuende i forhold til disse forskjellene.

Barneverntjenesten (B) svarte følgende: ” *Mange treffer, men hvem ser? Det er vel vi som er i arbeidet som må tørre å se. Vi ser at det kommer veldig lite meldinger fra barnehagene. Det handler om å tørre å snakke med foreldre om at dette barnet trenger noe mer, å tørre sette ting i system... Barnehagene er flinke til å avdekke sykdom, funksjonshemming og slike ting, men ikke andre forhold slik som omsorgsvikt... Jeg tror at det kanskje går på en frykt for å være i konflikt med foreldre. De er redde for å miste kontakten med foreldrene. De mener at da vil barna få det verre...* ”.

Helsestasjon (F) svarte følgende: ” *Skjønner ikke helt hvorfor man fikk slike svar. Vi treffer jo dem helt fra de er nyfødt. Er det noe de sliter ekstra med, er vi de første til å fange det opp ... Det er vi som først oppdager funksjonshemminger eller samspillsproblemer. Det er vår oppgave å danne en ansvarsgruppe eller skrive en individuell plan. Det er klart at en del utfordringer oppstår når barna er blitt større. Da er det barnehagene og skolen som bør fange opp vanskelighetene* ”.

En barnehage (C) svarte slik: ” *Det kan henge sammen med området, rekruttering av barn som vi får hit...* ”. En annen barnehage (E) svarte: ” *Barn som vi opplever kan ha ekstra behov, må diagnostiseres først. Det er lovpålagt å hjelpe og det skal barna få i barnehagen. I andre tilfeller, som jeg kaller gråsonerbarn, kan det være familiære problemer, men de kommer ikke tydelig fram. Her er det ikke snakk om rus eller vold. Eksempelet kan være skilsmisse eller psykisk sykdom. De familiene prøver vi å følge opp og ikke slippe tak i dem. Hvis vi ser at noe utvikler seg i en negativ retning, så skal vi gå videre med det. Men gråsoner er ikke så lette...* ”.

Det ble stilt spørsmål til samarbeidspartnerne om deres oppfatning av om familiene/brukere er tilfreds med koordineringen av tjenestene.

Svarene fordelte seg på følgende måte (se i tabell 6):

Tabell 6

I hvilken grad opplever du at familiene/brukerne er tilfreds med samordning og koordinering av tjenestene?							
		Hvilken tjeneste jobber du i?					Total
		Barnevern - tjenesten	Flyktning - tjenesten	Helse - stasjon	Barne - hage	Avdeling psykisk helse	
	0	1	0	1	2	1	5
	I stor grad	4	2	6	15	1	28
	I mindre grad	9	3	3	9	1	25
	I liten grad	0	1	0	1	0	2
Total		14	6	10	27	3	60

Vi kan se i **tabell 6** at barneverntjenesten (9 av 14) og flyktningtjenesten (3 av 6) svarer for sine brukere at de er ”i mindre grad” tilfreds med koordinering av tjenestene, men helsestasjon (6 av 10) og barnehagene (15 av 27) er ”i stor grad” fornøyd med koordinering av tjenestene.

For å utdype disse svarene ble det stilt spørsmål i intervjuene om forskjeller mellom tjenestene. Det har kommet fram at det er helsestasjon og barnehagene som har jobbet mest med koordinering av tjenester. De aktuelle fra barneverntjenesten som ble spurt, hadde lite erfaring med koordinering av tjenester for brukere.

Helsestasjon (F) svarte: ”Dette regner jeg med at helsesøstre som har vært personlige koordinatorene har svart på. Helsestasjon har vært mye involvert i ansvarsgrupper og har ofte

blitt valgt ut som personlig koordinatorer. Mens de andre tjenestene ikke har vært så mye involvert i dette arbeidet. Så det kan være det som gjør at det oppleves mer problematisk for andre instanser... Vi har drevet med dette her over lengre tid... ”.

Barnehage (E): ” Jeg har erfaring med ansvarsgruppemøtene og er ofte i barnehagen hvor jeg ledet slike møter. Det er krevende å lede et slikt møte... hver og en ser sitt fagområde og den som leder må klare å danne et helhetlig bilde av barnet... ”.

Barneverntjenesten (A): ” Ut i fra min erfaring er det delte meninger. Det er faktisk noen som mener at det fungerer bra... Jeg har hatt lite erfaring med det, men jeg tenker at det er viktig å ha oversikt over hva som finnes av tilbud for å få koordinert det bedre... ”.

For å finne svar på forskningsmål som ble nevnt ovenfor, har det vært nødvendig å stille spørsmål om at dersom terskelen er lav, blir det da enklere for familiene/brukerne å henvende seg til hjelpeapparatet.

Tabell 7

Opplever du dersom terskelen er lav, så er det enklere for familiene å henvende seg til hjelpeapparatet?							
		Hvilken tjeneste jobber du i?					Total
		Barnevern-tjenesten	Flyktning-tjenesten	Helse -stasjon	Barne-hage	Avdeling psykisk helse	
	0	0	0	0	1	0	1
	I stor grad	10	5	10	22	2	49
	I mindre grad	4	1	0	3	0	8
	I liten grad	0	0	0	1	1	2
Total		14	6	10	27	3	60

I **tabell 7** ser vi at barneverntjenesten (10 av 14), flyktningtjenesten (5 av 6), helsestasjon (10 av 10), barnehagene (22 av 27) og avdeling for psykisk helse (2 av 3) mener at en lav terskel vil hjelpe ”i stor grad” vil hjelpe med hensyn til å henvende seg til hjelpeapparatet.

For å finne svar på forskningsmål som handler om at det blir enklere for brukere å ta kontakt med ”Familiehjelpa” enn andre tjenester i hjelpeapparatet, som for eksempel barneverntjenesten, vil **tabell 8** peke på at (45 av 60) respondentene svarer at det er ”i stor grad” enklere å ta kontakt med ”Familiehjelpa” enn barneverntjenesten for å drøfte en sak.

Tabell 8

Opplever du at ved et lavterskeltilbud blir det enklere å ta kontakt med "Familiehjelpa" for å drøfte en sak, i stedet for å kontakte barneverntjenesten?							
		Hvilken tjeneste jobber du i?					Total
		Barnevern- tjenesten	Flyktning - tjenesten	Helse - stasjon	Barne - hage	Avdeling psykisk helse	
	0	1	1	0	0	0	2
	Ja, i stor grad	9	1	8	25	2	45
	I mindre grad	3	4	1	2	0	10
	I liten grad	1	0	1	0	1	3
Total		14	6	10	27	3	60

I **tabell 8** framkommer det at barneverntjenesten (9 av 14), helsestasjon (8 av 10), barnehagene (25 av 27) og avdeling for psykisk helse (2 av 3) opplever at det er ”i stor grad” enklere for brukere å ta kontakt med ”Familiehjelpa” for å drøfte en sak enn med barneverntjenesten, men flertallet fra flyktningtjenesten (4 av 6) opplever det i ”mindre grad”.

Oppsummering

Jeg har reflektert over de tallene som ble framvist ovenfor. Ut fra respondentenes svar har det kommet fram en stor enighet om at et lavterskeltilbud kan ”i stor grad” (49 av 60) bidra til at det blir enklere for brukere å henvende seg til hjelpeapparatet. Det er en del av utvalget (23 av 60) som ”ofte” treffer familier som har behov for ekstra støtte eller koordinering av tiltak fra flere tjenester og en god del som treffer ”noen ganger” slike familier. Tjenesten som treffer

oftest denne type av familier er barneverntjenesten. En ansatt fra barneverntjenesten reflekterer over disse svarene at de kan være knyttet til spesifikke arbeidsoppgaver som denne tjenesten har. De må se og tørre å stå i spesielle utfordringer. Flertallet fra barnehagene og helsestasjon svarer at de treffer disse familiene ”noen ganger”.

Nesten halvparten av utvalget (28 av 60) mener at brukere er ”i stor grad” tilfreds med hvordan tjenestene blir koordinert og ganske mange (25 av 60) opplever at brukere er ”i mindre grad” fornøyd med dette. Blant tjenestene påpeker barneverntjenesten at brukere er ”i mindre grad” fornøyd med samordning og koordinering av tjenestene. Helsestasjon og barnehagene opplever at brukere er ”i stor grad” fornøyd med dette. Dette begrunnes av disse tjenestene ved at helsestasjon og barnehagene har vært mer involvert i koordinering og ansvarsgrupper enn de andre tjenestene og har derfor mye erfaring med dette arbeidet.

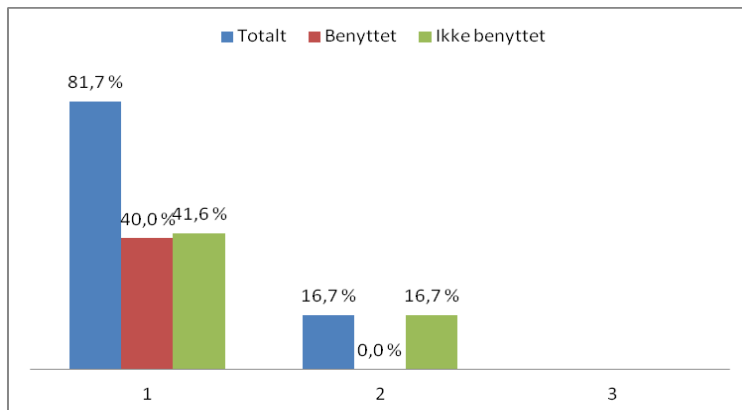
Største delen av utvalget (45 av 60) og spesielt barneverntjenesten, helsestasjon og barnehagene opplever at det er ”i stor grad” enklere både for samarbeidspartnerne og brukere å ta kontakt med ”Familiehjelpa” for å drøfte en sak enn for eksempel med barneverntjenesten.

Dette skulle tilsi at prosjektet ”Familiehjelpa” er et positivt og godt prosjekt. På sikt kan kanskje prosjektet ”Familiehjelpa” legge et positivt grunnlag for et tverrfaglig samarbeid i Stange kommune.

5.5 Kjennskap og informasjon om lavterskeltilbudet

I min undersøkelse valgte jeg å stille spørsmål til utvalget om informasjon og kjennskap til ”Familiehjelpa” som jeg mener er av stor betydning og har en sammenheng med respondentenes personlige mening om dette tilbudet. Manglende informasjon og lite kjennskap til ”Familiehjelpa” vil påvirke respondentenes svar.

Figur 6.5.1 Har samarbeidspartnerne fått god informasjon om lavterskeltilbud ”Familiehjelpa”?



81,7 % 1 Ja
16,7 % 2 Nei

I **figur 5.5.1** framkommer informasjon om at 81,7% av hele utvalget har fått god informasjon om ”Familiehjelpa” og nesten halvparten (40%) av disse har benyttet seg av dette tilbudet. 16,7% svarte at de ikke har fått nok informasjon. Dette diagrammet gjør synlig en sammenheng mellom de 16,7% som ikke har fått informasjon om ”Familiehjelpa” med de 16,7% som ikke har benyttet seg av tilbudet.

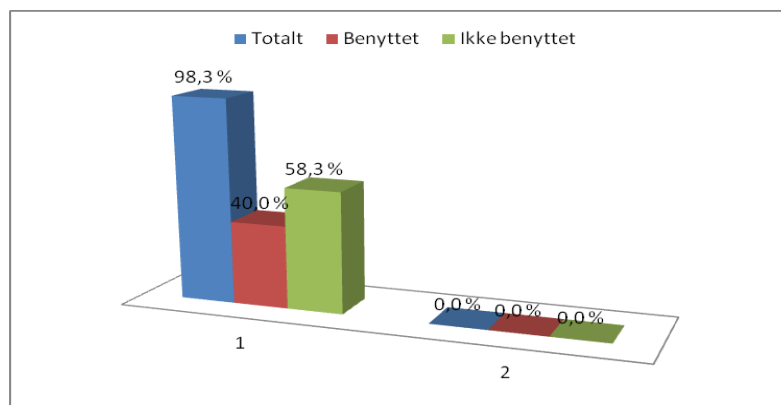
Tabell 10 viser at de fleste ansatte i barneverntjenesten (10 av 14), barnehagene (24 av 27), avdeling for psykisk helse (2 av 3) har fått god informasjon om ”Familiehjelpa”. Alle ansatte fra helsestasjon (10 av 10) er godt informert om dette tilbudet.

Tabell 10

Har du fått god informasjon om lavterskeltilbud "Familiehjelpa"?							
		Hvilken tjeneste jobber du i?					Total
		Barnevern - tjenesten	Flyktning - tjenesten	Helse - stasjon	Barne - hage	Avdeling psykisk helse	
	Ja	10	3	10	24	2	49
	Nei	4	3	0	2	1	10
Total		14	6	10	27	3	60

Kjennskap til "Familiehjelpa" ble fremstilt i **figur 5.5.2**

Figur 5.5.2 Kjennskap til "Familiehjelpa"



98,3 % 1 Ja
0,0 % 2 Nei

98,3% av hele utvalget har kjennskap til lavterskeltilbudet " Familiehjelpa" , men kun 40% eller under halvparten av disse har benyttet seg av dette tilbudet.

Tallene som ble framstilt ovenfor tillater oss å anta at nesten hele utvalget har kjennskap til dette lavterskeltilbudet. En stor del av de ansatte (49 av 60) har fått god informasjon om dette tilbudet, men det finnes noen få som sier at de ikke har fått tilstrekkelig informasjon om tilbudet. Det kan antagelig være grunnen til at de ikke har benyttet seg av dette tilbudet enda.

5.6 Fordeler og ulemper med "Familiehjelpa"

I neste forskningsmål ønsker jeg å synliggjøre følgende spørsmål:

Hvilke fordeler og ulemper finner samarbeidspartnere med "Familiehjelpa"?

I hvilken grad mener de modellen er nyttig i arbeidet med småbarnsfamilier?

I hvilken grad ville de anbefalt lavterskeltilbudet både til familier og sine kollegaer?

Tabell 11

Er du av den oppfatning at lavterskeltilbud "Familiehjelpa" er nyttig i arbeidet med utsatte småbarnsfamilier?							
		Hvilken tjeneste jobber du i?					Total
		Barnevern-tjenesten	Flyktning-tjenesten	Helse - stasjon	Barne - hage	Avdeling psykisk helse	
	Litt	0	0	0	1	0	1
	En del	1	2	1	0	1	5
	Mye	7	4	2	15	1	29
	Svært mye	6	0	7	11	1	25
Total		14	6	10	27	3	60

Tabell 11 illustrerer at barneverntjenesten (7 av 14), flyktningtjenesten (4 av 6) og barnehagene (15 av 27) mener at tilbudet er ”mye” nyttig i arbeidet med familiene. Flertallet fra helsestasjon (7 av 10) understreker at det er ”svært viktig”.

I **figurer 5.6.2** og **5.6.3** blir det framstilt hvilke fordeler og svakheter hver enkel tjeneste finner ved tilbudet.

Barneverntjenesten finner følgende fordeler:

Figur 5.6.2

- ”Rask hjelp” og presiserer ”lavterskel” og ”telefonkontakt”
- ”Tryggere og mindre farlig”
- ”Koordinering av tjenester”
- ”Tverrfaglig sammensatt” presiserer ”bred kompetanse og erfaring”
- ”Lett tilgjengelig” presiserer ”hjelpesystemet kommer tidlig inn”

Svarene fra tjenestene ble samlet i kategorier. Den første kategorien som barneverntjenesten peker på er ”rask hjelp”. Med dette menes at familiene kan få en rask hjelp uten at saken ble lagt på venteliste. Det ble understreket også av ansatte i barneverntjenesten at det er kort tid fra henvendelse som kommer inn, til noe ble satt i gang. Det ble lagt vekt på direkte telefonkontakt uten noe henvisning.

Neste kategori er ”tryggere og mindre farlig”. Med dette mener barneverntjenesten at ”Familiehjelpa” kan virke mindre farlig for brukere enn andre instanser. Videre ble det framstilt at ”Familiehjelpa” er ”tverrfaglig sammensatt” med bred kompetanse og erfaring. Med dette vektlegges at ”Familiehjelpa” består av fagpersoner med ulik kompetanse som kan gi god og rett hjelp på et tidlig tidspunkt.

Siste kategori som ble valgt ut er ”lett tilgjengelig”. Det vil si at lavterskeltilbud er ”en dør inn” i det offentlige hjelpesystemet.

Følgende svar har kommet fra helsestasjon:

- ”Rask hjelp”, det presiseres at det er ”ingen ventetid”, ”samordner hjelp ”og ”gir tilbakemelding”
- ”Tverrfaglig sammensatt”
- ”Tryggere og mindre farlig”
- ”Koordinering av tjenester”

Det viser seg at svarene fra helsestasjon som ble samlet i kategoriene har mye likt med de svarene som ble samlet i kategoriene fra barneverntjenesten. Med kategori ”rask hjelp” legges det vekt på kort ventetid, brukere får mulighet for samordning eller koordinering i saker hvor det er behov for hjelp fra flere instanser. Brukeren får tilbakemelding på hvilken instans man kan få hjelp fra.

Svarene fra barnehagene ble framstilt på følgende måte:

- ”Rask hjelp”, vektlegges at det er ”ingen ventetid”. De mener at brukeren kan få ”veiledning” raskt og mener at det er bra at ”alt kan tas opp”
- ”Tryggere og mindre farlig”
- ”Koordinering av tjenester” påpeker mulighet om ”videre henvisning”
- ”Forebyggende”
- ”Gir en bedre tjeneste”

Vi kan se mange av de samme kategoriene. I kategori ”rask hjelp” understreker barnehagene at det er viktig med kort ventetid, at alt kan tas opp og man kan få rask veiledning. I kategori ”koordinering av tjenester” påpekes det mulighet for videre henvisning hvis behovet skulle vært til stedet. To nye kategorier som barnehagene legger vekt på er ”forebyggende” og ”gi en bedre tjeneste”. Med dette menes det å finne gode løsninger på et tidlig tidspunkt i barnets liv og legge til rette for samarbeid på tvers av etatene.

Flyktningtjenesten finner følgende fordeler:

- ”Rask hjelp”
- ”Forebyggende”

Avdeling for psykisk helse peker på følgende fordeler:

- ”Tverrfaglig samarbeid”
- ”Rask hjelp”
- ”Gi en bedre tjeneste”

Oppsummering

I denne framstillingen har det kommet fram at tjenestene finner mange fordeler med ”Familiehjelpa”. Vi kan se av de svarene som ble samlet inn i kategorier fra de forskjellige tjenestene at de har mye felles. Denne informasjonen er viktig, for å få en god oversikt over hvilken oppfatning samarbeidspartnerne har fått av tilbudet. Vi kan se at selv om kategoriene er like, legger respondentene fra forskjellige tjenester litt forskjellige kontekst i svarene sine. Det framkommer at alle tjenestene legger stor vekt på at det er viktig å få ”rask hjelp”.

Barneverntjenesten påpeker at det er viktig med ”lavterskel” og direkte ”telefonkontakt”. Helsestasjon legger vekt på at det er ”ingen ventetid”, brukere kan få ”samordning” av tjenester og at man får rask ”tilbakemelding” og eventuelt videre henvisning. Barnehagene svarer at det er ”ingen ventetid”, og finner også en fordel ved at man kan få raskt ”veiledning” og ”alt kan tas opp”.

Alle tjenestene ser en stor fordel ved at ”Familiehjelpa” er ”tverrfaglig sammensatt”.

Barneverntjenesten påpeker at det er ”bred kompetanse og erfaring”, slik at tilbudet kan gi en bedre tjeneste for brukere.

Både barneverntjenesten, helsestasjon og barnehagene påpeker at "Familiehjelpa" kan virke "tryggere og mindre farlig" for brukere.

En annen fordel med tilbudet som mange av tjenestene legger vekt på er "koordinering av tjenester". Barnehagene påpeker at det er viktig med "videre henvisning".

Barneverntjenesten finner en fordel med "Familiehjelpa" ved at den er "lett tilgjengelig". Det vil si at lavterskeltilbud er "en dør inn" i det offentlige hjelpeapparatet.

Barnehagene og flyktningtjenesten poengterer at "Familiehjelpa" arbeider ut i fra et "forebyggende" perspektiv.

Avdeling for psykisk helse og barnehagene er av den oppfatning at "Familiehjelpa" som er "tverrfaglig sammensatt" kan gi en "rask hjelp" og "en bedre tjeneste".

I **figur 5.6.3** kan vi se at samarbeidspartnerne også finner noen svakheter med "Familiehjelpa".

Barneverntjenesten påpeker følgende svakheter med tilbudet, som ble samlet i følgende kategorier:

- "Lite kjennskap"
- "Lukket system"
- "Aldersbegrensning", det påpekes "hva med skolebarna?"
- "Kun koordinerende hjelp og veiledning", presiseres "Kan ikke iverksette andre tiltak"
- "Behov for mer tverrfaglig samarbeid", påpekes "Ansvarsfordeling"

Ansatte i barneverntjenesten svarer at det fortsatt er litt "lite kjennskap" til tilbudet. Det kan være en svakhet. De påpeker at tilbudet virker som et "lukket system" for samarbeidspartnerne. Med dette menes at samarbeidspartnerne ikke får tilbakemeldinger på hvordan det står til med familien i etterkant. Barneverntjenesten finner også at "aldersbegrensning" er en svakhet og stiller spørsmål om "hva med skolebarna"? Det påpekes

at tilbudet gir ”kun koordinerende hjelp og veiledning” og ikke kan iverksette andre tiltak. Det siste som kommer fram er at tilbudet ikke dekker ”behov for mer tverrfaglig samarbeid” blant tjenestene med en tydelig ansvarsfordeling.

Helsestasjon finner ut følgende svakheter som ble samlet i følgende kategorier:

- ”Ikke helt ufarlig for brukere”, det presiseres ”Mange å forholde seg til”, ”For høy terskel”
- ”Lite kommunikasjon mellom ”Familiehjelpa” og andre tjenester”, påpekes ”Tilbakemelding på henvisning”
- ”Behov for mer tverrfaglig samarbeid”, det presiseres ”Ansvarsfordeling”, ”Mer strukturerte møter”

Ansatte fra helsestasjon har en oppfatning om at ”Familiehjelpa” kan virke ”ikke helt ufarlig for brukere”. Det vil si at i den tverrfaglige gruppa er det mange å forholde seg til, som kan bli en altfor høy terskel for brukere. Ansatte fra helsestasjon finner en svakhet ved at det er ”lite kommunikasjon mellom ”Familiehjelpa” og andre tjenester”. Med dette mener de at man ikke får tilbakemelding på henvisning. Helsestasjon påpeker det samme som barneverntjenesten, at tilbudet ikke dekker ”behov for mer tverrfaglig samarbeid” blant tjenestene med bedre struktur på møter og en tydelig ansvarsfordeling.

Barnehagene skiller ut følgende svakheter:

- ”Lite kjennskap”
- ”Behov for mer tverrfaglig samarbeid”, vektlegges ”å respektere andres kompetanse og erfaringer”
- ”Tilbudet er ikke helt ufarlig”
- ”Lite kommunikasjon mellom ”Familiehjelpa” og andre tjenester”, understrekes ”tilbakemeldinger på henvisning”

- ”Lite informasjon for brukere”, presiseres ”hva slags hjelp kan de få?”
- ”Kun koordinerende hjelp og veiledning”, ”Andre må kobles inn for å iverksette tiltaket”

Som barneverntjenesten påpeker barnehagene at det er ”lite kjennskap” om tilbudet enda. De sier det samme som barneverntjenesten og helsestasjon, at ”behov for mer tverrfaglig samarbeid” er stort. Med dette legges det vekt på å respektere andres kompetanse og erfaringer. Videre påpekes det av de ansatte i barnehagene at ”tilbudet ikke er helt ufarlig for brukere”. De gir tilbakemelding på at det er ”lite kommunikasjon mellom ”Familiehjelpa” og andre tjenester” og det er et savn ikke å få tilbakemeldinger på henvisning. De finner en svakhet ved at det er ”lite informasjon for brukere” om hva slags hjelp de kan få. Den siste svakhet som ble påpekt er at tilbudet i seg selv er ”kun koordinerende hjelp og veiledning”, mens andre instanser må kobles inn for å iverksette tiltaket.

Flyktningtjenesten finner følgende svakheter:

- ”Aldersbegrensning”, ”Hva med skolebarna?”

Flyktningtjenesten påpeker kun ”aldersbegrensning” som en svakhet ved tilbudet. Ansatte stiller også spørsmål om hva med skolebarna?

Avdeling for psykisk helse påpeker følgende:

- ”Lite kjennskap”
- ”Lite informasjon for brukere”
- ”Enda et nivå å forholde seg til”

Svarene fra avdeling for psykisk helse ble samlet i kategorier ”lite kjennskap”, ”lite informasjon for brukere” og siste kategori at tilbudet er ”enda et nivå å forholde seg til”. Med dette menes at det er et nytt nivå i hjelpeapparatet som både brukere og samarbeidspartnerne skal forholde seg til.

Oppsummering

Ut i fra de kategoriene som ble framstilt, kan vi se at tjenestene finner noen svakheter med dette tilbudet.

Barneverntjenesten, barnehagene og avdeling for psykisk helse påpeker at det er ”lite kjennskap” om tilbudet enda.

Barneverntjenesten og flyktningtjenesten påpeker at ”aldersbegrensning” er en svakhet og de stiller spørsmål ”hva med skolebarna?”

Barneverntjenesten og barnehagene påpeker at ”Familiehjelpa” kan tilby ”kun koordinerende hjelp og veiledning”. De understreker at andre instanser må kobles inn for å iverksette tiltaket.

Barneverntjenesten, helsestasjon og barnehagene sier at ”behov for mer praksis i tverrfaglig samarbeid” med andre tjenester dekkes ikke med dette tilbudet. Barneverntjenesten og helsestasjon påpeker at det bør være bedre ansvarsfordeling og mer strukturerte møter. Barnehagene mener med dette å respektere andres kompetanse og erfaringer.

Helsestasjon og barnehagene oppfatter en svakhet med tilbudet at ”Familiehjelpa” ”ikke er helt ufarlig for brukere” og med dette mener ansatte på helsestasjon at det er mange i det tverrfaglige teamet å forholde seg til. Det kan virke som en er for høy terskel for noen familier.

Videre sier helsestasjon og barnehagene at det er ”lite kommunikasjon mellom ”Familiehjelpa” og andre tjenester”. De mener med dette at de savner tilbakemelding på henvisning.

Barnehagene og avdeling for psykisk helse påpeker at det er ”lite informasjon for brukere”. Barnehagene sier at det mangler informasjon om hva slags hjelp brukere kan få.

Barneverntjenesten påpeker at "Familiehjelpa" kan virke for samarbeidspartnerne som et "lukket system". Med dette menes at samarbeidspartnerne ikke får tilbakemeldinger på hvordan det står til med familien i etterkant.

Avdeling for psykisk helse påpeker at det er "enda et nivå" i hjelpeapparatet å forholde seg til.

Det ble også stilt spørsmål til samarbeidspartnerne om de vil anbefale "Familiehjelpa" til familier og sine kollegaer, som viser følgende resultater.

Tabell 12 viser at det er stor enighet blant tjenestene at de ville anbefalt "Familiehjelpa" til familiene med flere hjelpebehov.

Tabell 12

Ville du anbefalt "Familiehjelpa" som et lavterskeltilbud til familier som har behov for koordinert hjelp?							
		Hvilken tjeneste jobber du i?					Total
		Barnevern - tjenesten	Flyktning- tjenesten	Helse - stasjon	Barne - hage	Avdeling psykisk helse	
	Ja	13	6	10	27	3	59
	Nei	1	0	0	0	0	1
Total		14	6	10	27	3	60

Oppsummering

Samarbeidspartnerne til "Familiehjelpa" framhever at det er flere fordeler med tilbudet som er rettet mot å gi en bedre tjeneste til familiene som har behov for ekstra hjelp. Det påpekes at det å jobbe ut i fra et forebyggende perspektiv ved å gi en rask, koordinert hjelp til familiene er et godt utgangspunkt som kan bidra til at barn og unge vil få "rett hjelp til rett tid".

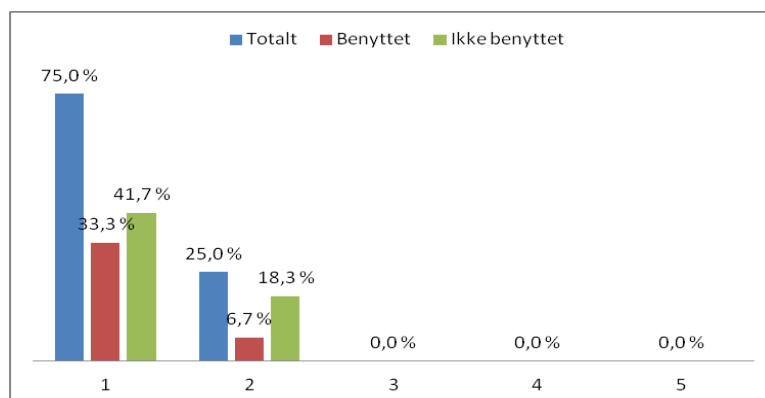
De finner også en del svakheter med tilbudet. Det er aldersbegrensning ved at tilbudet er rettet mot førskolebarn og ikke inkluderer barn i skolealder. Videre påpekes det at tilbudet har kun koordinerende funksjon og veiledning, men ikke bevilgningsmulighet. Det har også kommet fram et ønske om mer tverrfaglig samarbeid og bedre kommunikasjon mellom tjenestene, samt mer informasjon for brukere.

Det er stor enighet blant ansatte i tjenestene om at tilbudet er nyttig i arbeidet med utsatte småbarnsfamilier og at de vil anbefale ”Familiehjelpa” både til sine kollegaer og til familier som har behov for ekstra støtte eller behov for koordinert hjelp.

5.7 Brukermedvirkning

Med det siste forskningsmål ønsker jeg å finne ut i hvilken grad samarbeidspartnerne opplever at brukere får mulighet til å medvirke i sin egen sak og hva de tenker om brukermedvirkning.

Figur 5.7.1 Hvor viktig er det med brukermedvirkning?



75,0 %	1 svært viktig
25,0 %	2 viktig
0,0 %	3 en del
0,0 %	4 litt
0,0 %	5 ikke i det hele tatt

Figur 5.7.1 viser at 75% av utvalget mener at det er ”svært viktig” med brukermedvirkning og 25% svarer at det er ”viktig”. Det vil si at hele utvalget mener at det skal legges stor vekt på brukermedvirkning i arbeidet.

Tabell 13 viser at halvparten fra barneverntjenesten (7 av 14) opplever ”i mindre grad” at brukere blir tatt med som samarbeidspartnere, noen (5 av 14) opplever det ”i stor grad” og få (1 av 14) svarer ”i mindre grad”. Flyktningtjenesten (6 av 6), helsestasjon (10 av 10) og barnehagene (23 av 27) opplever det ”i stor grad”. Avdeling for psykisk helse svarer (1 av 3) ”i stor grad” og (1 av 3) ”mindre grad”.

Tabell 13

Opplever du i din jobb at brukere blir tatt med som samarbeidspartnere?							
		Hvilken tjeneste jobber du i?					Total
		Barnevern -tjenesten	Flyktning -tjenesten	Helse -stasjon	Barne -hage	Avdeling psykisk helse	
	0	1	0	0	0	1	2
	I stor grad	5	6	10	23	1	45
	I mindre grad	7	0	0	4	1	12
	I liten grad	1	0	0	0	0	1
Total		14	6	10	27	3	60

Svarene som ble hentet inn fra intervjuene bekrefter at barneverntjenesten skiller seg ut fra andre tjenester i forhold til brukermedvirkning.

Barneverntjenesten svarer (B): *"Det er en stor forskjell på barnevernet og andre tjenester i kommunen. Via barnevernloven har vi en type makt som gjør at forholdet blir skjevt helt fra starten. Man kan ikke si nei til en undersøkelse og man må godta at barnevernet kommer hjem til deg. Derfor er det viktig i vår jobb å behandle brukerne som likeverdige og prøve å underkommunisere makta. Bruk av KOR hjelper oss til å få disse familiene til å føle seg ivaretatt, føle seg respektert, føle at det de sier betyr noe for barnevernet... Nå har de i hvert fall mulighet til å si noe om det, så er det opp til hver enkelt saksbehandler hvordan de bruker de tilbakemeldingene de får..."*

Helsestasjon og barnehagene svarte ved intervjuene at de må være lydhøre overfor brukere. De kan ikke tilby tjenester som brukerne ikke er fornøyd med og det går på frivillighet.

Helsestasjon (F): *"Her på helsestasjon prøver man så langt det lar seg gjøre å lytte til brukeren. Men klart når man er bekymret for barnets utvikling så sier man i fra. Her er vi for å veilede og vi er et frivillig tilbud, så det er opp til mor og far hva de følger..."*

Barnehagen (E): *"Vi i barnehagen prøver å være lydhøre overfor foreldrene. Det er barna og foreldre som benytter seg av tjenestene her. Vi kan ikke drive med noe de er ikke fornøyd med. Så vi prøver så langt det lar seg å gjøre..."*

Det ble stilt spørsmål om hva slags brukermedvirkning samarbeidspartnerne mener er viktig.

Barneverntjenesten svarte følgende:

- "Brukere skal bli sett, hørt og tatt på alvor"
- "Aktiv deltagelse i sitt eget liv", det presiseres "Kontroll", "Eierskap", "Innspill", "Endring"

Barneverntjenesten vektlegger med brukermedvirkning at "brukere skal bli sett, hørt og tatt på alvor" av hjelpeapparatet og at brukeren skal delta "aktivt i sitt eget liv", med dette menes å ha "kontroll" over sitt eget liv. Med "eierskap" mener barneverntjenesten at brukeren selv foretar noen valg i livet, som eieren av sitt eget liv. Med en aktiv deltagelse menes det at brukeren skal komme med "innspill" i forhold til sin egen sak som gjelder brukeren sitt liv.

Barneverntjenesten påpeker at ideelt sett skal brukeren aktivt medvirke i egen sak for å skape en ”endring” i livet sitt.

Svarene som har kommet fra helsestasjon er følgende:

- ”Brukere skal bli sett, hørt og tatt på alvor”, det presiseres ”Respektert”
- ”Åpent samarbeid”
- ”Aktiv deltagelse i sitt eget liv”, det vektlegges ”Innspill”, ”Bevisstgjøring”, ”Familiens behov”

Helsestasjon skiller ut følgende kategorier ”brukere skal bli sett, hørt og tatt på alvor” og ikke minst ”respektert”. Det påpekes at brukermedvirkning handler om et ”åpent samarbeid” og ”aktiv deltagelse i sitt eget liv”. Med dette menes at familiene får mulighet til å si sine meninger, komme med forslag, ”innspill” og ”tilbakemeldinger”. Det understrekes at det er viktig med ”bevisstgjøring” og ”familiens behov” skal være i sentrum.

Barnehagene svarer følgende:

- ”Åpent samarbeid”, det presiseres ”Tilbakemeldinger”, ”Bevisstgjøring”
- ”Aktiv deltagelse i sitt eget liv”, det understrekkes ”Løsninger”, ”Ønsker”, ”Behov”, ”Innspill”
- ”Brukere blir sett, hørt og tatt på alvor”, det vektlegges ”Respektert”

Barnehagene legger stor vekt på ”åpent samarbeid” med gjensidige ”tilbakemeldinger” og ”bevisstgjøring” på det at det samarbeidet kan lykkes ved en gjensidig innsats. De understreker at brukere kan si noe om sine ”behov” og ”ønsker”, komme med ”innspill” og selv finne ”løsninger”. Det siste som vektlegges er at ”brukere skal bli sett, hørt og tatt på alvor” og ”respektert” av hjelpeapparatet.

Avdeling for psykisk helse svarer følgende:

- ”Aktiv deltagelse i sitt eget liv”

Flyktningtjenesten hadde ikke svart på dette spørsmålet.

Oppsummering

Hele utvalget svarte at det er viktig med brukermedvirkning. Til tross for det svarte barneverntjenesten at brukere av denne tjenesten blir ”i mindre grad” tatt med som samarbeidspartnerne. Barneverntjenesten bekreftet at det er stor forskjell på barneverntjenesten og andre tjenester i kommunen. Dette skyldes av barnevernets sentrale funksjoner er å yte tjenester i spenningsfeltet mellom kontroll og hjelp. Barneverntjenesten har mye makt som er lovpålagt og denne makten skal barneverntjenesten ha for å regulere barn og unges oppvekstvilkår og sørge for at barn og unges interesser og rettigheter blir ivaretatt.

På spørsmål om hva slags brukermedvirkning som er viktig svarte barneverntjenesten, helsestasjon og barnehagene ”brukere skal bli sett, hørt og tatt på alvor”. Helsestasjon og barnehagene har vektlagt ”respekt” i tillegg til dette.

Den andre kategorien som både barneverntjenesten, helsestasjon, barnehagene og avdeling for psykisk helse poengterer er viktig, er en ”aktiv deltagelse i sitt eget liv”. Med dette mener barneverntjenesten at brukeren bør ha ”kontroll” over sitt eget liv, ”eierskap” av sitt eget liv. Brukeren bør komme med ”innspill” i forhold til sitt eget liv og kan ”endre” livet sitt i en positiv retning. Helsestasjon understreker at det er viktig med ”innspill” fra brukeren i forhold til sitt eget liv. Brukeren skal bli mer ”bevisstgjort” i forhold til aktiv deltagelse i sitt liv. Det er ”familiens behov” som skal være i fokus.

Helsestasjon og barnehagene assosierer brukermedvirkning med et ”åpent samarbeid”. Barnehagene påpeker at det er viktig at familiene får mulighet til å si sine meninger, komme med ”innspill” og forslag og ikke minst gi sine ”tilbakemeldinger”. De presiserer at både familiene og ansatte i barnehagene skal ”gjøres bevist” på et gjensidig åpent samarbeid.

6 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte de data som har kommet fram i undersøkelsen ut ifra problemstillingen og forskningsmålene som ble reist.

Kapitlet inneholder også egne refleksjoner som har bakgrunn i egen praksis i barnevernet, en gjennomgang av relevant litteratur og analyse av data fra undersøkelsen.

6.1 Behov for forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid i kommunen

Det har tidligere kommet fram i oppgaven, at kommunene har et overordnet ansvar for å sørge for at barn og unge skal få optimale oppvekstvilkår og utviklingsmuligheter. Det er lovpålagt at kommunene skal utføre forebyggende arbeid og det kreves av kommunene at de skal følge nøye med på de forhold barna lever under.

Å arbeide forebyggende, har i denne oppgaven blitt definert som forhindring av sosiale problemer ut i fra hvilken fase i en problemutviklingsprosess innstansen settes inn i og i hvilken grad det er mulig å identifisere målgrupper og problem (Mikkelsen 2005).

Den nye helsereformen, samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009, Innst. 212 S, 2009-2010), legger sterkt fokus på forebygging, understøttelse av pasientenes egenmestring, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud.

Resultatene i spørreundersøkelsen viser at samarbeidspartnerne til "Familiehjelpa" mener at det er et stort behov for forebyggende tiltak i Stange kommune. I intervjuene påpeker barnehagene at det behovet kan variere ut i fra geografisk område og de innbyggerne som bor der. Samarbeidspartnerne legger stor vekt på tverrfaglig samarbeid og samarbeider selv i større eller mindre grad med andre instanser. Det er enstemmighet om at det er svært viktig at barn og unge tidlig får hjelp, før problemene har blitt uhåndterbare. Det påpekes at det er en fordel at "Familiehjelpa" er tverrfaglig sammensatt og kan gi rask hjelp og en bedre tjeneste.

Tidligere i oppgaven ble det understreket at tverrfaglighet er en nødvendighet i et moderne samfunn. Men den blir ofte idealisert og den reelle tverrfaglighet strandeder på grunn av organisatoriske, mellommenneskelige og individuelle forhold.

Nyere forskning og evalueringen av samordning av ulike tjenester for utsatte barn og unge i kommunene, (lagt fram i NOU 2009: 22, *Det du gjør, det gjør du helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*) viser at barn med sammensatte vansker og funksjonsnedsettelse, som krever innsats og oppfølging fra flere tjenester, ikke har fått den nødvendige hjelpen som de skulle ha. Det har vist seg at tjenestene som burde ha samarbeidet tett, for å utføre best mulig tjeneste for barna, har totalt ekskludert hverandre.

For å få tjenestene til å samarbeide bedre, ble det foreslått utvidelse av bruken av individuell plan ved en lovendring. Dette for å forankre individuell plan både i opplæringsloven og barnehageloven, i tillegg til sosialtjenesteloven og pasientloven.

Det reiser seg et spørsmål om vi er så dårlige på tverrfaglig samarbeid, at det må være nødvendig med lovendringer, for å forplikte etater til å samarbeide med hverandre.

Funnene i undersøkelsen viste at tverrfaglig samarbeid er vektlagt betydelig i svarene. Ut i fra svarene som har kommet fram, viser det seg at de tjenestene som samarbeider mest med andre er barneverntjenesten og flyktningtjenesten. Alle tjenestene påpeker at samarbeidet fungerer forskjellig og ofte er det avhengig av de personene man samarbeider med. Viktige forutsetninger for godt samarbeid som påpekes i denne undersøkelsen, er respekt for de andre instansene, åpenhet og utveksling av informasjon og interesse for måter andre tjenester arbeider på. Det understrekkes viktigheten av ”vi- følelsen” i en kommune og ikke at det er mange små tjenester. Informantene har gitt uttrykk for at de ønsker flere positive erfaringer i samarbeid mellom etatene. Barneverntjenesten og helsestasjon påpeker at det bør være bedre ansvarsfordeling og mer strukturerte møter. Barnehagene mener at man bør være flinkere å respektere andres kompetanse og erfaringer. Det ble uttrykt av helsestasjonen behov for møtearenaer, hvor forskjellige yrkesutøvere kunne møtes og drøfte ting sammen. Derfor vektlegges det av alle samarbeidspartnere at ”Familiehjelpa”, som er et tverrfaglig fora, kan

hjelpe til med dette. Det er ønskelig at saken kan bli kartlagt og koordinert bedre, slik at småbarnsfamilier kan få hjelp på en god og helhetlig måte.

Undersøkelsen viser at tverrfaglig samarbeid er viktig og nødvendig i vårt moderne samfunn, men som erfaringene tilsier også er krevende. Glavin og Erdal (2007) påpeker at mange strever fortsatt med å få strukturert og organisert det tverrfaglige samarbeidet mellom etatene i og utenfor kommunene.

Stange kommune har hatt sine erfaringer med tverrfaglig samarbeid, som i praksis ofte ble tilfeldig og personavhengig. For å få bedre strukturer og rammer for samarbeidet, deltok kommunen i det nasjonale prosjektet "Sammen for barn og unge" og i samarbeidsprosjektet K8. Resultatet av deltagelsen i prosjektet "Sammen for barn og unge" ble etablering av den tverrfaglige samarbeidsmodellen "Familiehjelpa".

Selv deltagere i "Familiehjelpa", som har vært representanter fra forskjellige tjenester, har gitt uttrykk for at det tverrfaglige samarbeidet fungerte godt i løpet av det første året tilbudet var i drift. De vektla stabilitet, faglig og personlig trygghet som viktige forutsetninger for å kunne arbeide godt og dynamisk sammen. Faglig og personlig trygghet er viktig i et tverrfaglig fora. Dersom deltagere er trygge på hverandre, så tørr man å innrømme sin usikkerhet. Da er det legitimt å være uenig. Uenighet kan skape friske diskusjoner og dynamikk i gruppa. Ellers kan gruppa fort bli svakt fungerende.

6.2 "Familiehjelpa" er "en dør inn" i det offentlige hjelpeapparatet

Det har blitt understreket ved flere anledninger i denne oppgaven at "Familiehjelpa" er et lavterskeltilbud og "en dør inn" i det offentlige hjelpeapparatet.

Resultatene i undersøkelsen viser at det er enighet blant samarbeidspartnere i at et lavterskeltilbud i stor grad kan bidra til at det blir enklere for brukere å henvende seg til hjelpeapparatet.

Det er en del av utvalget som ofte i arbeidet sitt treffer familier som har behov for ekstra støtte eller koordinering av tiltak fra flere tjenester. Den tjenesten som treffer oftest denne typen av familier, er barneverntjenesten. Flertallet fra barnehagene og helsestasjon svarer at de treffer disse familiene noen ganger. I intervjuet med barneverntjenesten har det kommet fram at i hovedsak alle tjenestene treffer multiproblemfamilier, som har behov for støtte og koordinering av tjenester. Men det er ikke alle som våger å se det og å handle ut fra det de ser. Det begrunnes bl.a. med f. eks. barnehagene er redde for å ødelegge den viktige relasjonen mellom ansatte og foreldre. Denne er betydningsfull og kan være meget viktig for barnet. Barnehagene poengterer at man ikke bør levere barnet sitt til folk man ikke kan ståle på. Både i spørreundersøkelsen og i intervjuene har barnehagene bekreftet det, men samtidig uttrykte de at det fortsatt er uklarhet i forhold til ”gråsoner”, bl.a. når en sak bør meldes til barnevernet. De uttrykte også usikkerhet om barnevernet hadde kapasitet til å følge opp disse barna. Derfor prøvde de å ikke gi slipp på disse familiene og ønsket å følge dem opp selv.

Dette kan henge sammen med en mangel på informasjon om barnevernet og holdninger som eksisterer i samfunnet om at barnevernet kan ta barna. Funnene i undersøkelsen viser at tjenestene svarte ganske så enstemmig på at de tenker at det er tryggere og mindre ”farlig” for brukere å ta kontakt med ”Familiehjelpa” enn barneverntjenesten. Dette gjenspeiler at ”Familiehjelpa” ikke bare er en inngangsport i det offentlige hjelpeapparatet for brukere, men også et tverrfaglig fora, som kan bidra til at samarbeidende parter blir bedre kjent med andre tjenester. Dette kan bl.a. medføre at samarbeidet kan fungere bedre på tvers av etater og kan forhåpentligvis endre synet på barnevernet.

Samarbeidspartnerne finner følgende fordeler med dette lavterskeltilbudet.

Barneverntjenesten påpeker at det er viktig med ”lavterskel” og direkte ”telefonkontakt”. Helsestasjon legger vekt på at det er ”ingen ventetid”, brukere kan få ”samordning” av tjenester og at man får rask ”tilbakemelding” og eventuelt ”videre henvisning”. Barnehagene svarer at det er ”ingen ventetid”, og finner også en fordel med at man kan få rask ”veiledning” og ”alt kan tas opp”. Alle tjenestene ser en stor fordel ved at ”Familiehjelpa” er tverrfaglig sammensatt, slik at tilbudet kan gi en bedre tjeneste for brukere. Disse fordelene

tilsier at lavterskeltilbudet ”Familiehjelpe” kan legge et grunnlag for at det tverrfaglige samarbeidet kan fungere bedre og slik at brukerne får mer utbytte av det.

Tendensen i retning av den sterke veksten i anvendelsen av lavterskeltilbud, som er beskrevet tidligere, har flere årsaker. Spesielt er kravene til å arbeide forebyggende og samarbeide på tvers av profesjoner og etater, langt større enn tidligere.

Man skal satse på sekundærforebygging og tertiærforebygging med arbeidsformer som ansvarsgrupper og individuell plan hvor myndighet, ansvar for utforming av tjenestetilbudet ”gis tilbake” til brukeren og tiltaket utformes i et nært samarbeid med brukeren.

Finn Hesselberg (2011) skriver at det er mange måter hjelpeapparatet kan organiseres på. Men å finne en god ballanse mellom tilgjengelighet for brukere, nærmiljøkunnskap og tjenlige fagmiljøer på den ene siden og gjennomføring av en god dialog mellom politiske, administrative og faglige instanser på den andre siden er viktig.

Dette er et idealisert bilde av hvordan hjelpeapparatet skal organiseres. Om det samsvarer med det virkelige bildet som brukeren treffer, er jeg litt usikker på.

6.3 Kjennskap, informasjon og benyttelse av tilbudet

Kunnskap og informasjon om tilbudet kan gjenspeile årsaker om hvorfor tilbudet ikke ble benyttet av samarbeidspartnerne.

I denne undersøkelsen viser tallene at nesten hele utvalget 98,3% , har kjennskap til ”Familiehjelpe” og en god del 81,7%, har fått informasjon om tilbudet, men kun 40% har benyttet seg av det.

Det har kommet fram at alle tjenestene har benyttet seg i mer eller mindre grad av dette tilbudet. Denne informasjonen forteller at det ikke er mangel på informasjon om lavterskeltilbudet, som har vært en hindring i det at samarbeidspartnerne ikke har benyttet seg mer av tilbudet.

Ut fra resultatene i undersøkelsen viser det seg at de ulike tjenestene ikke har vært så ivrige til å benytte seg av ”Familiehjelpa”. I intervjuene har det kommet fram at tjenestene er vant til å arbeide i sitt eget system, ut i fra sine faste prinsipper og holdninger som er blitt innarbeidet i løpet av mange år. Det vil alltid ta tid å introdusere og ta i bruk nye tilbud som kan være forbigående, på grunn av at tjenestene ikke vil gi fra seg sine brukere og styringsmakten sin.

6.4 Intensjoner, forventninger og utfordringer med ”Familiehjelpa”

Intensjonen med iverksettelse av ”Familiehjelpa” var å skape et forum for nytenkning, ideutvikling og ikke minst en ressurs for alle ansatte og brukere i Stange kommune. Prosjektansvarlige hadde forventninger til at ”Familiehjelpa” skulle gi gode og målbare resultater.

Hovedintensjonen med ”Familiehjelpa” er et sekundærforebyggende arbeid, som skal sikre at alle utsatte førskolebarn og deres familier skal få helhetlig og koordinert hjelp i henhold til sine rettigheter og behov.

Samarbeidspartnerne har forventninger om at tiltaket vil bidra til at hjelpen blir koblet tidlig inn og følgelig vil gi en positiv effekt i forhold til tidlig intervensjon.

”Familiehjelpa” har synliggjort for kommunen muligheter til å fungere forebyggende og ressursutløsende ved å opprette et tverrfaglig team, som raskt skulle hjelpe og bedre samordning av tjenester overfor brukerne.

Når jeg har gått gjennom beskrivelsen av dette tilbudet, har jeg funnet ut at mulige utfordringer, hindringer og barrierer med et slikt arbeid ikke er nevnt. Derfor valgte jeg å stille spørsmål til samarbeidspartnere om de fant noen svakheter med tilbudet.

Resultatene viser at samarbeidspartnerne påpekte at aldersbegrensning er en svakhet med tilbudet. Man kan lure på hvorfor førskolebarn skulle være prioritert overfor andre eldre barn i Stange kommune. Man kan finne svaret i den nyere forskning, som har dokumentert at belastninger tidlig i livet, kan føre til at sykdom og helseplager kan påvirke mennesket resten

av livet. Derfor er det viktig ut ifra et forebyggende perspektiv og tidlig intervensjon å satse på de minste barna i kommunen.

Samtidig er det viktig at modellen skal videreutvikles og videreføres til alle barn og unge i kommunen. Det er en utfordring som "Familiehjelpa" skal arbeide videre med.

En annen ting som ble påpekt av samarbeidspartnerne som en svakhet, er at tilbudet kun har koordinerende funksjon, men ikke bevilgningsmulighet, slik at andre instanser må komme på banen for å iverksette andre tiltak.

Her kan man tillate seg å diskutere forskjellene mellom sekundær og tertiærforebygging. Hvis man har behov for mer massive tiltak, slik som langvarig behandling eller langvarige tiltaksprogrammer som PMT (Parent Management Training) eller MST (Multi- Systemisk terapi), må man som regel invitere andre aktører på banen, for å hjelpe til.

Det er vanskelig og forvirrende å sette et klart skille mellom de to forebyggingsnivåene. I hvilken etat hører saken hjemme? Hvem har ansvaret for hva? "Familiehjelpa" skal kartlegge og gi en rask tilbakemelding på hvilke instanser som brukeren bør henvende seg til.

Det er en utfordrende oppgave "Familiehjelpa" har tatt på seg ved å gjøre det klart og tydelig for brukeren hvordan hjelpeapparatet fungerer og hvilke instanser brukeren kan få hjelp fra.

En annen utfordring som "Familiehjelpa" kan ha, er kapasitet m.h.t. antall henvendelser. "Familiehjelpa" har vært et tilbud til alle førskolebarn i kommunen. Dersom den hadde fått for mange henvendelser, kunne det ført til at flere saker ble liggende på vent og videre til at hjelpen ikke ble gitt så fort, slik som intensjonen med tilbudet tilsier.

Neste utfordring er at det ville være ønskelig om de kommunale tjenestene kunne endre den kulturen som har eksistert over lang tid og prøve å ta i bruk de nye verktøyene for samarbeid som kommunen legger opp til. "Familiehjelpa" har en utfordring med å vise til sine gode resultater ved pilotprosjektet, slik at samarbeidspartnerne kan være trygge på å reklamere om dette tilbudet.

6.5 Samarbeidspartnerne's refleksjoner om brukermedvirkning

Resultatene i denne undersøkelsen viser at brukermedvirkning vektlegges i stor grad av samarbeidspartnerne. Vi må også ha i minne at brukermedvirkning er lovpålagt og handler om at tjenesteapparatet benytter brukernes erfaringskunnskap for å kunne yte best mulig hjelp.

I prosjektet "Familiehjelpa" legges det stor vekt på brukermedvirkning, som er en myndiggjørende tilnærmingssmåte, som bidrar til en endring. "Familiehjelpa" hadde et formål at både brukere og deltagere av dette tverrfaglige teamet skulle få en opplevelse av endring i måter å arbeide på. Brukere skulle treffe et hjelpeapparat som er innstilt på likeverdig samarbeid, for å gjøre tjenestene mer tilpasset brukernes behov. Som det har vært nevnt tidligere har "Familiehjelpa" benyttet seg av verktøyet KOR (Klient- og resultatstyrt praksis). Dette verktøyet skulle hjelpe til å måle hvordan hjelpetiltakene fungerte og om noe skulle endres. Dette er idealet, men i realiteten er det ikke så enkelt.

I undersøkelsen har det kommet fram at flertallet i barneverntjenesten sier at brukere blir "i mindre grad" tatt med som samarbeidspartnere, selv om tjenesten svarte at det er "viktig" med brukermedvirkning.

Svaret ligger i lovverket som barneverntjenesten arbeider ut i fra, eller i de funksjonene som barnverntjenesten har. Barneverntjenestens sentrale oppgave er å prøve å balansere mellom den kontrollerende og den hjelpende funksjonen, som er lovforankret.

Brukere som benytter seg av tjenestene i barneverntjenesten, er de risikoutsatte barna og deres familier. Utfordringene som barnevernsarbeidere treffer i sin jobb, kan være komplekse. I situasjoner hvor det foreligger en alvorlig bekymring for barnets omsorgssituasjon, som for eksempel mishandling av barn eller forsømt omsorg eller seksuelle misbruk, er det ikke alltid like enkelt å møte brukeren/foreldrene på brukerens premisser. Det kan gi grunnlaget for en asymmetrisk relasjon.

Peter Hjort(2004) påpeker at "mange brukere opplever uenighet og konflikt til hjelpeapparatet. Årsaken til dette kan være at relasjonen mellom brukeren og helperen i sitt vesen er asymmetrisk, det vil si at makten ikke er likt fordelt mellom de to".

Samtidig treffer hjelpeapparatet ofte brukere som i perioder ikke er i stand til å fremme sin innflytelse. De kunne ønske å slippe å medvirke. Det er noe i tråd med det som Hjort (2004) kaller for *lært hjelpeløshet*. Det kan læres utrolig fort, når andre tar over og gjør tingene for oss og vi mister kontroll over situasjonen.

Rønning og Solheim (1998) påpeker at brukermedvirkning kan være ressurskrevende og krever innsats fra brukeren. Hvorvidt brukermedvirkning er ønskelig og i hvilken grad, er noe som må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Derfor kan det stilles spørsmål om hvordan hjelpeapparatet skal nå målet for å hjelpe brukeren.

Svarene som ble samlet inn av samarbeidspartnerne til ”Familiehjelpa”, viser at barneverntjenesten, helsestasjon og barnehagene påpeker at det er viktig at ”brukere skal bli sett, hørt og tatt på alvor”. Helsestasjon og barnehagene vektlegger ”respektet” i tillegg til dette.

Resultatene fra tjenestene i barnevernet, helsestasjon, barnehagene og avdeling for psykisk helse, viser at en viktig faktor med brukermedvirkning er at den enkelte får en ”aktiv deltagelse i sitt eget liv”. Med dette mener barneverntjenesten at brukeren bør ha ”kontroll” over sitt eget liv og ”eierskap” i sitt eget liv. Brukeren bør komme med ”innspill” i forhold til sitt eget liv og kan ”endre” livet sitt i en positiv retning. Helsestasjon understreker at det er viktig med ”innspill” fra brukeren i forhold til sitt eget liv. Brukeren skal bli mer ”bevisstgjort” i forhold til aktiv deltagelse i sitt liv. Det er ”familiens behov” som skal være i fokus.

Helsestasjon og barnehagene assosierer brukermedvirkning med et ”åpent samarbeid”. Barnehagene påpeker at det er viktig at familiene får mulighet til å si sine meninger, komme med ”innspill” og forslag og ikke minst gi sine ”tilbakemeldinger”. De presiserer at både familiene og ansatte i barnehagene skal ”gjøres bevisst” på et gjensidig åpent samarbeid.

Brukermedvirkning ble definert i de offentlige dokumentene slik at brukerne får innflytelse, likeverdig samarbeid og aktiv deltakelse. Med andre ord, brukermedvirkning skal både bidra til bedre kvalitet på tjenestetilbudet og til å fremme selvstendighet og evne til å mestre eget

liv. Denne betegnelsen virker som en idealisert propaganda, men det realistiske bildet er litt annerledes.

Samarbeidspartnerne av "Familiehjelpa" understreker at det er viktig å være lydhøre til brukeren, men samtidig skal det vurderes i hvilke tilfeller brukeren skal medvirke.

Barneverntjenesten påpeker at holdningene i tjenesten har blitt endret til å være mer bevisst på brukervedvirkning, men det er hver enkelt saksbehandler som legger premissene for hvordan brukervedvirkning skal skje. Funnene i undersøkelsen bekrefter at premissene for brukervedvirkning allikevel blir styrt av hjelpeapparatet. Det vil si at hjelpeapparatet skal ha sin legitimitet for å hjelpe brukeren.

7 Avslutning

Barn skal få hjelp på tidligst mulig stadium i barnets liv, slik at problemene ikke rekker å utvikle seg i noe større grad. Tiltaket ”Familiehjelpa” har vært et ettårig pilotprosjekt i Stange kommune, som skulle prøves ut som et lavterskeltilbud for førskolebarn og deres familier. Intensjonen med tiltaket var at det skulle være en ”dør inn” i det offentlige hjelpeapparatet, slik at barna skulle få hjelp så tidlig som mulig.

Med dette prosjektet har Stange kommune tenkt et målrettet og forebyggende arbeid, som skulle sikre barna trygge oppvekstvilkår og gode utviklingsmuligheter. ”Familiehjelpa” er en tverrfaglig samarbeidsmodell. Den skulle være en tverrfaglig plattform, hvor de forskjellige faglige kompetansene kunne treffes, for så å danne en felles kompetanse som skulle gi barn god og helhetlig hjelp så raskt som mulig.

Det er en klar sammenheng mellom det forebyggende arbeidet og samarbeidet med andre sektorer om felles oppgaveløsning. Oppgavene som skal løses kan være mangesidige og komplekse. Derfor kreves det en felles innsats for å oppnå best mulig resultat. Ved å iverksette dette tiltaket hadde Stange kommune en intensjon om å være et forum for nytenkning, ideutvikling og ikke minst en ekstra ressurs for de ansatte som arbeider med barn, unge og småbarnsfamilier og deres brukere.

Denne oppgaven er skrevet ut ifra en problemstilling som er todelt.

I første delen skulle jeg finne svaret på hvordan ”Familiehjelpa”, en samordning av tjenester for barn, unge og deres familier, forstås som et ledd i kommunens forebyggende arbeid.

Intensjonen med prosjektet ”Familiehjelpa” i kommunen var å iverksette et lavterskeltilbud, som skulle fungere som et sekundærforebyggende tiltak, som er rettet mot utsatte barn og unge i kommunen. Det ble stilt en del spørsmål om forebygging og tverrfaglig samarbeid i kommunen. Samarbeidspartnerne til ”Familiehjelpa” har svart at det er et stort behov for forebyggende arbeid i kommunen. Informantene vektla tverrfaglig samarbeid som en effektiv arbeidsmåte, en måte å se på problemet fra forskjellige innfallsvinkler og gi rask og helhetlig hjelp. Samtidig har samarbeidspartnerne gitt uttrykk for at tverrfaglig samarbeid kan fungere

forskjellig og at man har behov for møtearenaer i kommunen. Prosjektet ”Familiehjelpe” vil derfor legge et positivt grunnlag for å kunne bli et tverrfaglig fora i Stange kommune.

Undersøkelsen viser at samarbeidspartnerne til ”Familiehjelpe” har forventninger til at dette tilbudet skal være tilgjengelig for alle barn og deres familier i kommunen og at kommunen skal satse mer på tverrfaglig samarbeid som et forebyggende tiltak.

Samarbeidspartnerne uttrykte at dette lavterskeltilbudet ville bidra til at hjelpen tidlig ble koblet inn og følgelig ville gi en positiv effekt i forhold til tidlig intervensjon.

”Familiehjelpe” har synliggjort for kommunen muligheter for å fungere forebyggende og ressursutløsende, ved å opprette et tverrfaglig team, som skulle gi rask hjelp og bedre samordning av tjenester overfor brukere.

Andre delen skal besvare hvordan tiltaket fungerer fra samarbeidspartnerens ståsted.

Selv om det ikke er så veldig mange som har benyttet seg av dette tilbudet, er det stor enighet blant samarbeidspartnerne om at tiltaket er nyttig i arbeidet med barn og småbarnsfamilier. De ville anbefale tilbudet både til familier og kollegaer.

Grunnen til at tiltaket er blitt lite brukt, påpeker samarbeidspartnerne, skyldes på den ene siden treghet i systemet, at det tar tid å introdusere noe nytt i kommunen og på den andre siden kan det skyldes ulikheter i holdninger som tjenestene har innenfor sine ulike arbeidsfelt.

Andre ting som samarbeidspartnerne mener er viktig med dette tilbudet, er at det kan samordne og koordinere tjenestene for brukere, fordi brukere ikke alltid har vært fornøyde med hvordan tjenestene ble koordinert.

Samtidig påpeker samarbeidspartnerne at ”Familiehjelpe” har kun koordinerende og veiledende funksjon. Derfor kan den virke som en brannslukker. Hvis man har behov for iverksetting av langvarige tiltak, må andre instanser på banen.

Det vektlegges at brukermedvirkning er en viktig forutsetning for at samarbeidet skal lykkes. Følgelig forventer samarbeidspartnerne at arbeidet med brukere skal bygges på et åpent samarbeid, hvor brukere blir møtt som aktive deltagere i sine egne liv, blir sett, hørt og tatt på

alvor av hjelpeapparatet. Samtidig påpeker noen tjenester at det eksisterer et asymmetrisk maktforhold mellom hjelperen og brukeren. Ikke i alle tilfeller kan man la brukeren medvirke. Derfor blir brukerens medvirkning i noen tilfeller likevel styrt av hjelpeapparatet.

Det vektlegges at ved en lav terskel kan flere barn få hjelp fra hjelpeapparatet. Det understrekes av samarbeidspartnerne at tilbudet virker mindre alvorlig og ikke så farlig for brukere, som andre tjenester i hjelpeapparatet.

Samarbeidspartnerne oppfatter at tiltaket fungerer positivt for brukere ved å ivareta brukernes interesser og vektlegger brukermedvirkning i høy grad. Med dette menes at brukere er kompetansebærere i forhold til å gjøre endringer i egne liv, framfor den faglige kompetansen.

Det påpekes at tverrfaglig samarbeid er viktig, men også krevende. Slik som Hammarqvist (1982) påpeker at alle vil samordne, men ingen vil samordnes. Derfor tar det tid å etablere en god tverrfaglig plattform og finne praktiske løsninger for arbeidet.

Ut i fra samarbeidspartnerne erfaringer med dette tiltaket har de forventninger om at kommunikasjonen i forhold til tilbakemeldinger til henvisende instanser om hvordan det har gått med familiene, skal være bedre. Med dette ble det påpekt at ”Familiehjelpa” kan også virke som et lukket system overfor andre tjenester i kommunen. Det kan si at et tverrfaglig team bør også kunne samarbeide med andre, på tvers av profesjoner og etater og akseptere andres kompetanse.

Avslutningsvis vil jeg understreke at de erfaringene som samarbeidspartnere har gjort med ”Familiehjelpa”, vil være en god hjelp til å reflektere videre over hvilke perspektiv man skal arbeide med brukere på. Det er viktig at tjenestene er best mulig tilpasset brukernes behov og at man bruker kommunens ressurser på en god måte. Samtidig må det sies, at hvis holdningene innenfor de ulike tjenestene ikke endrer seg mer i positiv retning, d.v.s. mot et mer åpent samarbeid og en vi-følelse i kommunen, så vil slike tilbud som ”Familiehjelpa” være forbigående.

Ut fra de erfaringene som samarbeidspartnerne har gitt uttrykk for med hensyn til prosjektet ”Familiehjelpa”, burde dette bli et positivt bidrag inn i det forebyggende arbeidet for barn, unge og deres familier i Stange kommune.

Ut i fra tilbakemeldingene fra brukere, samarbeidspartnerne og prosjektteamet i ”Familiehjelpa”, har Stange kommune justert og implementert denne tverrfaglige samarbeidsmodellen, som nå inkluderer alle barn i Stange kommune.

8 Litteraturliste

Andersen, T: *Barrierer og drivere for innovasjoner nedenfra. Eksempler fra tverrfaglig samarbeid i norske kommuner*. ØF-notat nr. 05/2010.

Brostrøm, B: *Fra idé til virkelighet. Forebyggende arbeid blant barn og unge – en tverrsektoriell forpliktelse*. NOVA Temahefte 1/2002.

Christiansen, K.U.(2001): *Praksis og forskning i sosialt arbeid – noen utviklingstrekk*” i

Sandbæk, M. (red.) (2001): *Fra mottaker til aktør, brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Duncan, B. og Sparks, J. (2008): *I fellesskap for endring. En håndbok i klient- og resultatstyrt terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ejrnæs, M.(2006): *Faglighed og tvervaglighed. Vilkaarene for samarbejdet mellem pædagoger, sundhedspleiersker, lærere og sosialrådgivere*. København: Akademisk forlag.

Gjertsen, P.-Å.(red.)(2007): *Forebyggende barnevern. Samarbeid for barnets beste*. Bergen: Fagbokforlaget.

Glavin, K. og Erdal, B.(2010): *Tverrfaglig samarbeid i praksis*. Oslo: Kommuneforlaget.

Hammarqvist S.-E.(1982): *Samordning og samarbeid i helse- og sosialtjenesten i kommunene*. Høgskole i Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009): *Samhandlingsreformen. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009)*, www.regjeringen.no

Hjort, P.(2004): *Tverrfaglig samarbeid*. Forelesningsnotat.

Holck, G (2004): *Kommunenes styring av komplekse oppgaver. Kommunal tverretattlig tjenesteyting overfor barn og unge med funksjonsnedsettelse*. Universitet i Oslo.

- Hole, G. O. & Therkildsen Sudmann, T., T. (red.).(2004): *Vitenskapsteoretiske refleksjoner*. Høgskolen i Bergen.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv - honnørord med lavt presisjonsnivå i Willumsen, E. (red.), *Brukernes medvirkning!* Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D.I.(2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2010): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kirkengen, A. L.(2009): *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget, 2.utgave.
- Kvale, S.(1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lauvås K, Lauvås P.(1994): *Tverrfaglig samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løken, K.H. (2011): *Sammen for barn og unge i Stange*. Prosjektrapport.
- NOU 2009: 22: *Det du gjør, det gjør du helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Barne- og likestillingsdepartementet. Oslo: Informasjonsforvaltning.
- Mikkelsen, S.(2005): *Hva er forebygging?* Artikkel. Lastet ned 5. 09.12 på:
<http://www.forebygging.no/en/Teori/Overordnede-perspektiver/Forebyggende-og-helsefremmende-arbeid---strategi-og-begrunnelse-for-metodevalg/Hva-er-forebygging/>
- Mikkelsen, S. *Problemer og paradokser i forebyggende arbeid*. HIH Skriftserie 2000/11- Høgskolen i Harstad.
- Repstad, P.(2004): *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverrfaglig samarbeid i teori og praksis*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Ringdal, K. (2007): *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget. 2. utgave.

- Rønning, R.(1983): *Forebygging som sosialt virkemiddel*. Veiledningsmateriell i forebyggende sosialt arbeid. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rønning, R. (2011): Helseforebygging er interessekamp. *Velferd* 08, (2011) s. 26-28
- Rønning, R., & Solheim, L. J. (1998): *Hjelp på egne premisser?: ombrukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rønningen, G.E (2002): *Evaluering av tverrfaglig samarbeid og forebyggende innsats for barn og unge. Kompetansebygging til "800" i Lillehammer kommune*. Henær 06,(2002).
- Sandbæk, M. (red.).(2001): *Fra mottaker til aktør. Brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning*. Oslo: Gyldendal.
- Sigstad H.M. (2004): Brukermidvirkning alibi eller realitet? *Tidsskrift for den norske legeforening* 1, (2004). 124:63-4
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse*. Rapport IS-1315.
- St.meld. nr.34 (1996-1997) *Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*.
- Straand, S.(red.).(2011): *Samhandling som omsorg. Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Thagaard, T.(2003): *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget. 2.utgave.
- Vatne, S. (1998): *Pasienten først? Om brukermidvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ødegaard, E. (2010): *Forebygging – bare et ord?* Masteroppgave i Spesialpedagogikk. Høgskole i Lillehammer.

Waade, N.R.(2004): ”Individuelle planer”. I: Haugland, S. og N. Misvær (red.): *Håndbok for skolehelsetjenesten 1-10.klasse*. Oslo: Kommuneforlaget

Internett

Pressemelding, 08.04.2011: Sikrer samhandling mellom kommuner og sykehus. Hentet fra: internett: <http://regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2011/sikrer-samhandling> (28.04.2011).

www.forebygging.no. Lest 3.02.12.

www.questback.no. Lest 3.05.11

9 Vedlegg

1. Vedlegg 1: Bekreftelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).
2. Vedlegg 2: Spørreskjema.
3. Vedlegg 3: Informasjonsskriv 1.
4. Vedlegg 4: Informasjonsskriv 2.
5. Vedlegg 5: Intervjuguide.